



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ACATLÁN**

Supuestos bioéticos que subyacen a los criterios de distribución del riñón para
trasplante en México

Tesis

Que para obtener el título de

Licenciado en Filosofía

Presenta

Alejandro Luján Verón

Asesor: Dr. Ángel Alonso Salas

Mayo de 2015

Santa Cruz Acatlán, Estado de México



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres Marcela V. y David L.

A mi compañera de vida Betsy V.

A mi asesor: Dr. Ángel Alonso S.

A mis sinodales: Mtro. J. Gerardo Valero C.

Lic. Jaqueline Alcázar M.

Dr. Guillermo González R.

Dr. Berenice Carrera T.

A los profesores de la carrera especialmente al Dr. Arturo Ramos A.

Y a la UNAM

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN GENERAL.	4
CAPÍTULO I: CONCEPTOS Y PROBLEMAS FILOSÓFICO-POLÍTICOS EN LA JUSTICIA DISTRIBUTIVA DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE.	11
1. JUSTIFICACIÓN FILOSOFÍCA Y ÉTICA	13
1.1 Una aproximación a la ética	15
1.2 La casuística en tanto metodología ética	18
2. EL DESACUERDO MORAL	22
2.1 El liberalismo político como respuesta al desacuerdo moral.	27
2.2 La postura bioética clásica como respuesta al mismo problema.	34
3. LA DISTRIBUCIÓN DE ÓRGANOS EN MÉXICO.....	38
3.1 La bioética en México.	42
3.2 El personal de salud	45
CAPÍTULO II: CONCEPTOS Y PROBLEMAS FILOSÓFICO-MÉDICOS EN LOS TRATAMIENTOS QUE SUSTITUYEN LAS FUNCIONES DEL RIÑÓN.	48
1. EL CRITERIO MÉDICO	50
1.1 Anatomía y fisiología del riñón	52
1.2 Insuficiencia renal (IR).....	53
1.3 Tratamientos	55
2. ANÁLISIS FILOSÓFICO DEL CRITERIO MÉDICO	57
2.1 Problemas filosóficos y médicos en los tratamientos de IR: La calidad de vida	61
CAPÍTULO III: CONCEPTOS Y PROBLEMAS FILOSÓFICOS Y TÉCNICOS EN LA TERAPIA DE TRASPLANTE DE RIÑÓN.....	69
1.1 DONADOR VIVO Y NO-VIVO. El problema de la muerte y de la consciencia.	73
1.2 LA COMPATIBILIDAD. El problema de la libertad.....	78
1.3 LA EDAD. La cura de la vejez y la teleología de la vida humana.....	81
1.4 LA PROBABILIDAD DE ÉXITO. La medida del bienestar	86
1.5 EL VALOR SOCIAL. La desigualdad social y el acceso al sistema de salud.	89
1.6 EL TIEMPO DE ESPERA. La ética del negocio en la salud.	92
1.7 LA URGENCIA. Salvar vidas sin criterios.	96
1.8. RECAPITULACIÓN. El sistema de puntaje.....	98
CONCLUSIONES GENERALES.....	101
BIBLIOGRAFÍA	108

*Si hubiéramos sido bien diseñados, o sea,
con conocimiento e inteligencia,
y si nuestro cuerpo fuese tan sabio
como se ha dicho que lo es, no nos enfermaríamos.*

Bunge, Mario. *Filosofía para médicos*. p. 59

INTRODUCCIÓN GENERAL.

Las ideas filosóficas se han caracterizado en muchas ocasiones por formar sistemas con una lógica rigurosa, esta tradición puede dar a pensar que alguno o varios sistemas de este tipo se identifican con la realidad no conceptual. Es decir, develan la naturaleza de las cosas, incluyendo la del hombre. La búsqueda por la verdad ha sido una constante en este tipo de discursos, esto supone que el hombre tiene las herramientas necesarias y suficientes para alcanzarla. Pensar que el intelecto puede comprender la totalidad, marca una relación que no es plenamente identificable, el hombre y el mundo; el mundo debe tener una forma que sea cognoscible para que el hombre la aprehenda, a su vez, el hombre debe tener la posibilidad de hacerlo, si no es el caso el conocimiento resultaría en una historia que no sería distinta de cualquier otra. Comenzar a observar estas relaciones nos introduce, de alguna manera, al pensamiento filosófico. Al respecto he comenzado este texto con una frase de Mario Bunge que toma postura en el tema. Pensarnos como seres cuya inteligencia y cuerpo han sido diseñados resuelve algunas cuestiones que surgen cuando pensamos en la naturaleza humana, ya que el diseño que nos determina implicaría que llegaremos a un estado de perfección en el cual no enfermaremos, de otra manera estaríamos mal diseñados, sin conocimiento y con un cuerpo que no tiene posibilidades de adecuarse al ambiente. En cualquier caso, pensar en que poseemos una inteligencia diseñada, que nos permite conocer el mundo y a nosotros mismos, implica una limitación de ambos. En este sentido, los sistemas filosóficos comprensivos caen en esta misma crítica, ya que pueden caracterizarse como diseños del hombre y el mundo. Desde mi perspectiva, los sistemas de este tipo pierden oportunidad para ser una herramienta que enfrente situaciones que no tienen antecedentes, por ejemplo, el aborto, la clonación, el uso de células troncales, la eutanasia, etc. Nuevos problemas surgen con el uso de la tecnología, y son problemas porque no es clara la manera en que podemos hacer uso de ella. Esto no quiere decir que su uso se realice a ciegas, existen sistemas morales que sirven de guías para la acción, intereses personales, económico-políticos, etc. Los casos se pueden adoptar a modelos religiosos, culturales y filosóficos. En efecto, en la tradición filosófica hay una manera de pensar al hombre y su entorno, a saber, recuperando cualquier sistema. Se puede hablar de posturas como el utilitarismo, deontologismo, principalismo, casuística, etc.

Es evidente que confiar a ciegas en la inteligencia del hombre deja de lado una tarea fundamental, ensayar el pensamiento. En filosofía, esto significa buscar nuevas rutas para pensar al hombre y su entorno: se pueden proponer nuevos sistemas, buscar maneras para enfermarse menos, para convivir de mejor manera y básicamente, para sobrevivir. En efecto, la filosofía, al ser una disciplina cuyo objeto de estudio es la totalidad, puede ayudar a especificar y resolver problemas que necesitan de una visión amplia, pero esto no significa que una filosofía sistemática tenga la última palabra. Decir lo anterior implica limitar gran parte de la tradición filosófica y ética, ya que en muchas ocasiones se ha intentado investigar qué es lo bueno en sí mismo, la mejor sociedad o el mejor conocimiento posible.

Van Rensselaer Potter le adjudicó la tarea a la bioética de ayudarnos a sobrevivir en tanto que somos una especie dependiente del mundo,¹ decir esto tiene consecuencias para la manera de hacer filosofía, ya que una de las premisas fundamentales de la filosofía moderna es que el hombre puede y debe dominar a la naturaleza, no depende de lo que ella es. En este sentido, la bioética surge en contra de nuestras suposiciones básicas; ya que pensarnos como dependientes del mundo significa que no somos autosuficientes en estricto sentido, y por tanto no se puede hablar de un dominio. De este modo se evidencia un problema filosófico: ¿es posible la bioética? Es un problema filosófico porque en él convergen supuestos que moldean nuestra manera de vernos en el mundo. Es posible ir en contra de los supuestos modernos, pero éstos moldean muchos aspectos de la vida cotidiana, de tomar decisiones, etc. Es decir ¿podemos dejar de ser modernos en un mundo que opera de esa manera? Tal vez sea una tarea difícil, pero en el discurso filosófico ha existido la posibilidad de cuestionar lo más básico, en este caso, nuestra identidad. Es cierto que poner en tela de juicio nuestra manera de actuar no supone un cambio, pero sí puede ser el comienzo.

Este problema es tan amplio que son necesarios los puntos de vista de distintas disciplinas y ciencias, sin embargo, en una investigación de este tipo, el eje es la ética. Es notorio que vivimos en una sociedad sin fines; por ejemplo, ¿Cuál es la meta de la medicina? ¿Para qué existe? Pensando que la medicina no sólo restituye la salud, sino que

¹ Cfr. Potter, Van Rensselaer. *Bioethics: Bridge to the future*. Prentice-Hall biological science series. New Jersey, 1971, p.1-2

también se investiga y enseña con base en valores; en la existencia de la medicina preventiva, en los laboratorios que financian proyectos, etc. Si pudiéramos pensar en todos estos aspectos ¿qué responderíamos? Pienso que no hay respuesta porque estamos acostumbrados a pensar que no es correcto decir cómo se debe vivir la vida, qué rumbo se debe perseguir como sociedad y por tanto no es posible preguntar cómo se relacionaría la medicina con tal finalidad. Parece que el lema de nuestro tiempo es: Cada quien debe velar por sus propios intereses, aunque ello nos impida sobrevivir como especie.

Si nuestro deseo fuera sobrevivir, parece imperativo que dirijamos la atención a la solución del problema, pero dicha solución requiere un espacio que no se encuentra en una tesis y que tampoco puede ser abordado desde un punto de vista, ya que es una problemática general, y como tal puede ser especificada de distintas maneras. Una de las que considero importantes es la justicia distributiva, desde mi perspectiva, los ensayos filosóficos que abordan este tema necesitan ser tematizados de una forma que no dependa de un sistema. Algunas dificultades para pensar la justicia distributiva son los juicios de valor que heredamos de la modernidad, en especial los que guían una actitud que sólo obedece a intereses personales. Sin duda, la crítica de estos prejuicios tiene que venir de la ética; no obstante, los métodos de argumentar en ética han sido permeados de “el rigor lógico” que proporciona un sistema filosófico. No obstante, el tema de la justicia distributiva está resuelto, al menos de manera administrativa, sabemos que existe riqueza, salud y condiciones que necesitan ser repartidas. Se exige igualdad y transparencia en el proceso y las instituciones cuidan que esto sea así; también sabemos que esto no ocurre en todos los casos, pero de igual manera lo explicamos, no como una falla del sistema, sino como una anomalía. No se cuestiona la igualdad ni la autoridad del estado.

En esta tesis hablaré de la justicia distributiva de órganos para trasplante, específicamente del riñón, al respecto se sabe que el proceso está regulado por el estado y que su dinámica está regida por leyes y conocimientos “médicos”. En otras palabras, existe un modo de distribución de órganos que sigue un proceso de rutina: si es el caso de un donador vivo, se realizan pruebas de compatibilidad, se revisa la lista de espera y se firma el consentimiento; si es un donador cadavérico se añade el diagnóstico de muerte, ya sea cerebral o cardiovascular. La ley en este caso estipula las instituciones y responsables de dar seguimiento a la donación. Mi hipótesis es que es un error pensar que el proceso de

distribución de órganos para trasplante está resuelto, además de que el que opera actualmente en nuestro país carece de un análisis filosófico mínimo. *Por tanto, mi objetivo general es mostrar que la manera de distribuir los órganos para trasplante no puede ser resuelta satisfactoriamente desde la medicina, el derecho y la administración, es decir, desde una esfera técnica, ya que se encuentra inmersa dentro de problemas filosóficos que necesitan ser señalados.* Es más bien un problema ético que se relaciona con la política, la economía, la cultura y el conocimiento científico. Cabe mencionar que, aunque se trata de un caso de justicia distributiva específico o particular, no quiere decir que los aspectos filosóficos se encuentren escindidos de lo que se habla y que se presenten de una manera añadida. Esto nos permite plantear tres objetivos particulares. 1) Mostrar que las teorías filosóficas y éticas se encuentran ligadas de manera crucial con la práctica de los trasplantes. 2) La exposición de lo que se entiende por criterio médico aplicado al trasplante de riñón: fisiología, enfermedades y tratamientos, y a partir de este criterio mostrar que no es un método suficiente para la resolución de la distribución. 3) Ensayar problemas filosóficos que se encuentran al interior de los requisitos que normalmente se toman en cuenta en la asignación de riñones para trasplante: edad compatibilidad, probabilidad de éxito, etc.

En cuanto a la metodología, de manera general supongo que el método y el objeto de la investigación deben relacionarse. Por tal razón optamos por una estructura analítica y sintética. Mis objetos de estudio son los problemas filosóficos dentro de la distribución del riñón para trasplante en México, estos problemas son generales, por ejemplo, se pregunta ¿Qué es la justicia, la vida, la conciencia? Éstos tienen una manera particular de incidir en el tema del trasplante. Sin embargo, no es posible decir que cada uno de estos problemas se puedan dar sin la acción, sin hechos, por lo tanto presentarlos de manera discursiva puede dar a pensar que su relación con un tema particular es unívoca, pero no es así. Por ejemplo, si pensamos en el problema filosófico de la calidad de vida y lo relacionamos con los pacientes que tratan su insuficiencia renal por hemodiálisis, esto no quiere decir que la calidad de vida no se relacione con políticas públicas, o incluso con otros problemas filosóficos como la identidad, pues lo que se pueda considerar como calidad de vida no está escindido de una cultura o moral específica. En este sentido el reto fue presentar temas específicos con problemas filosóficos generales, por tal motivo la presentación de cada

apartado oscila entre estos extremos, sin embargo se intentó elaborar una estructura en la cual se presente el problema filosófico y los problemas prácticos de manera esquemática.

En el primer capítulo se comienza por justificar la filosofía y la ética, el objetivo general nos obliga a hacerlo. Para ello recurrí al discurso heideggeriano y su contraste con la filosofía primera, esto permite una apertura a la ética aplicada, en este caso al desacuerdo moral y su aplicación al tema de los trasplantes, incluso cuando su proceso esté tipificado en la Ley General de Salud. Se concluye con un comentario respecto al personal de salud, porque en última instancia es el campo en el que se tendría que ver el impacto de la tradición moral predominante. No obstante, lo que se observa es un desconocimiento de la misma, con esto se pretende subrayar que los problemas filosóficos no pueden prescindir de la acción.

En el segundo capítulo la presentación será a la inversa, primero se expondrán los aspectos médicos y algunos de sus prejuicios, por ejemplo la supuesta objetividad en la identificación de la enfermedad con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Después se analizarán filosóficamente los principales aspectos médicos y se diferenciarán de los aspectos epistemológicos y éticos –valorativos– de la enfermedad y la salud. En este capítulo me enfocaré más en el aspecto valorativo, para analizarlo es necesario decir qué se valora, a saber, los aspectos generales de la fisiología, etiología y tratamiento de enfermedades del riñón. Pienso que la cuestión filosófica más importante en la discusión es el problema de la calidad de vida, tema al que le dedico la conclusión del capítulo.

En el tercer capítulo se analizan siete criterios que tienen que ver con el proceso de trasplante de riñón, éstos son problemáticos porque suponen la idea de que el ser humano es distinto a toda otra cosa en el mundo, y la ciencia moderna parte del presupuesto contrario, a saber, que nuestra constitución puede ser explicada en términos mecanicistas. Estos criterios han encontrado una solución técnica, entendiéndolo por ello la utilización de alguna encuesta, ley, estudio social, médico, económico, etc. Para compensar esta situación, la relación de estos temas con su raíz filosófica se presenta de manera individual en cada criterio, de manera introductoria se exponen algunos datos técnicos y posteriormente se señalan algunos problemas filosóficos que considero importantes. La inclusión de una recapitulación se propone porque los criterios en su conjunto forman los puntos que actualmente se analizan para los trasplantes en organizaciones como *UNOS* y

Eurotrasplant, mismas que han llegado a establecer el valor de cada uno por medio de un puntaje. Por tanto, también es necesario tratar el tema de los criterios como un sistema, y como tal existen nuevas implicaciones filosóficas.

Las conclusiones oscilan entre el problema general y el caso particular de esta tesis: Entre la falta de sentido ético en la manera de actuar; es decir, el rumbo que llevamos como sociedad no se dirige a la sobrevivencia de la especie, ni a ningún otro; mucho menos la distribución de riñones para trasplante. En el primer caso expongo mi opinión y algunas medidas para su evaluación y cambio, mientras que en el segundo cito casos específicos en los que opera la terapia mencionado y muestro algunas dificultades filosóficas.

El porqué de la elección de este tema se debe a dos razones. La primera tiene que ver con los escasos antecedentes del problema. El primer trasplante de riñón ocurrió en 1954, sin embargo, la controversia ética es más reciente. La fecha es el 3 de Diciembre de 1967, cuando Christian Bernard trasplantó el primer corazón humano en Louis Washkansky.² El caso es controversial porque el corazón fue donado por Denise Darvall, una persona con daño cerebral, y como veremos este caso entra en el denominado, problema de la definición de muerte y que a su vez involucra una idea de consciencia. Es decir, es un tema relativamente nuevo en la discusión ética y su aplicación en las instituciones ha sido muy escasa. Por ejemplo, en México, la Ley que regula el proceso de donación de órganos incluye a la bioética hasta 2009, cuando se decretó que el Comité Interno de Trasplantes se debería coordinar con el Comité de Bioética (Decreto 191.DOF 11-06-2009). En este sentido mi intención es contribuir al desarrollo de estos temas desde la perspectiva ética. La segunda razón tiene que ver con un prejuicio muy común, que la filosofía no puede ser de utilidad en asuntos prácticos, que trata de preguntas que derivan en aporías y que por tanto, su estudio tiene la finalidad de complacer la curiosidad, de contemplar sin aplicar. Nuestra época carece de respuestas urgentes, en el caso del tema que propongo, de acuerdo al Centro Nacional de Trasplantes, CENATRA, el 58% de las personas que requieren algún trasplante, es de riñón.³ Es decir, no sólo trato de demostrar que la filosofía incide en problemas prácticos, sino que escojo uno de los que tiene mayor importancia estadística. En última instancia la manera de criticar y responder ante el

² Veatch, Robert. *Transplantation Ethics*. Georgetown University Press. Washington, D.C. 2000, p. 1

³ http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_estadisticas.html (página consultada el 18 de agosto de 2014)

problema de la distribución de estos bienes tiene consecuencias de vida o muerte, ya que la distribución de órganos determina quién recibe un órgano, que posiblemente alargará su vida, y quién no. Es decir, existen consecuencias reales que se derivan de la manera de entender la justicia distributiva.

Cabe aclarar que mi intención al escribir este trabajo la concibo como un aporte de índole filosófica, no quiero decir que resuelvo problemas de este tipo, sino que poner en crisis los supuestos con los que se nos presenta la dinámica de trasplantes, desde políticas públicas, conocimiento científico, hasta opiniones de familiares, puede ser el primer paso para replantear la misma. Poniendo en crisis lo más básico podríamos preguntar si en nuestra sociedad es prioritario un Sistema Nacional de Trasplantes, ya que un trasplante es una terapia muy costosa, se necesitan recursos humanos y materiales que se concentran en una persona, Lo menciono porque México es un país en el que casi la mitad de su población se encuentra en pobreza, es válido preguntar por qué el estado asigna esos recursos en vez de construir clínicas de salud, escuelas, etc.

Para finalizar esta introducción es importante insistir en que una tesis de este tipo está rodeada de disciplinas y ciencias que no son propiamente filosóficas; sin embargo el tema no puede abordarse de otra manera que no sea de manera multidisciplinaria, se caería en el error al querer tratar un tema que surgió como terapia médica y no tomar en cuenta dicho saber. Por tanto, es necesario darle voz a los datos médicos, estadísticos, legales y técnicos del problema que abordaré.

CAPÍTULO I: CONCEPTOS Y PROBLEMAS FILOSÓFICO-POLÍTICOS EN LA JUSTICIA DISTRIBUTIVA DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE.

Es común presentar al pensamiento filosófico dentro de doctrinas, épocas históricas y hasta idiomas; en este sentido, una manera de relacionar un discurso filosófico-político y un caso como el de los trasplantes, se realiza imbricando teorías como el utilitarismo, el deontologismo, eminentemente filosóficas y las condiciones que rodean el caso mencionado, éstas pueden especificarse en términos sociales, históricos, jurídicos, etc. La superposición de estos temas puede dar mucho que decir; sin embargo, me parece que exhibir el problema esquemáticamente no permite que el tema de los trasplantes se entienda filosóficamente. Naturalmente no es posible afirmar tal cosa sin decir qué es filosofía. Por esta razón decidí empezar el capítulo diciendo cómo entiendo esta disciplina, aquí puedo adelantar que es una actividad más que un conjunto de axiomas, situación similar con la ética, ya que ésta puede ser una reflexión sobre la totalidad de la vida moral o una disciplina que tiene la finalidad de elaborar principios morales que intenten dirigir el actuar. Es importante mencionar que sólo me concentro en contrastar estas dos maneras de entender, tanto a la filosofía como a la ética porque *mi objetivo en este capítulo es mostrar que la relación entre teoría y práctica, es crucial a la hora de realizar una investigación sobre el problema de los trasplantes desde el punto de vista ético y filosófico.*

La manera de llevar a cabo este objetivo, además de la justificación filosófica y ética, la realizo a través de la presentación y problematización de la casuística en tanto posible rama de la ética, digo posible porque ésta tiene un sentido despectivo de entenderla. En efecto, Albert Jonsen menciona que la terminación de la palabra *casuistry* la coloca dentro de la familia de términos que se refieren al mal uso de las artes: *popery* (papismo), *wizardry* (hechicería), *sophistry* (sofística) y *harlotry* (prostitución).⁴ Para el autor, es necesaria una rehabilitación del mismo, no sólo por su similitud con estos términos, sino porque también ha sido rechazada por filósofos morales, por ejemplo, Henry Sidgwick. No obstante, es posible pensar que la casuística tenga un rol central y legítimo en la ética práctica, de un modo que la hace también relevante en la ética teórica.⁵ Sin

⁴ Jonsen, Albert R and Toulmin, Stephen. *The abuse of casuistry. A history of moral reasoning.* University of California Press, Berkeley and L.A. California, 1988, p. 11

⁵ *Ibid.*, p. 13

pretender tener una posición de ante mano, presento y problematizo esta postura como medio para reflexionar sobre la relación entre teoría ética y el caso de los trasplantes.

Sin embargo, no es suficiente con justificar y problematizar las distintas posturas filosóficas, ya que es necesario atender el contexto sin separarlo del discurso filosófico. Para ello expongo algunas respuestas en el segundo apartado, a saber la filosofía analítica de Charles Leslie Stevenson, el liberalismo político de John Rawls y los cuatro principios bioéticos de Tom Beauchamp y James Childress; éstas atienden el problema del desacuerdo moral, que a su vez se vincula con la teoría ética, pues en última instancia se trata de la diferencia entre distintos tipos de moral y su reflexión desde la ética como disciplina filosófica. Por último presento los problemas que ocurren en nuestro país, tanto en escases de recursos materiales y humanos, como en la falta de una ley que explicita una idea clara para la distribución de órganos para trasplante. Aunque parezca que el panorama en México está dominado por aspectos negativos, propongo una manera en que se pueda involucrar más la multidisciplinariedad de la bioética en la ley de trasplantes.

La razón de presentar esta manera de atender el objetivo del capítulo es debido a que en cada apartado se muestra un nivel que da cuenta de la importancia entre la teoría y la práctica: el discurso filosófico y ético, y su “independencia” de la vida cotidiana, el desacuerdo sobre las distintas maneras de concebir la moralidad humana y la ley de nuestro país, que bien se puede entender como un programa a seguir para la distribución de órganos. Es cierto que la manera de proceder es un tanto rápida, la sola definición de filosofía y ética dan para mucho, más en una tesis de filosofía; sin embargo lo que presentaré puede dar cuenta del alcance discursivo de los temas, además de que sirve como un elemento imprescindible para llegar al objetivo general, pues sin el panorama filosófico (teórico) es imposible dar cuenta de su relación con la justicia distributiva de trasplantes (práctico). Propongo elaborar un panorama en lugar de una definición para no determinar un solo camino. En efecto, si decimos qué es ética, nada nos impide identificarlo con un principio de distribución, y así las conclusiones ya estarían presentadas. Sin embargo, al conocer el caso particular, se tienen que especificar las condiciones conceptuales y materiales que lo rodean, sin restarle el lugar al discurso filosófico, como resultado se verá que un problema particular puede ser analizado desde la ética práctica y teórica.

1. JUSTIFICACIÓN FILOSOFÍCA Y ÉTICA

Tomemos en cuenta la reflexión que hace Martín Heidegger cuando destaca un sentido de preguntar: ¿Qué es filosofía?⁶ Encontramos argumentos que exigen una respuesta filosofante. Entendiendo por ello la actividad de dialogar, misma que no busca descripciones o pruebas, sino interpelar el ser del ente a través del habla; dicho de manera negativa, no es una afirmación determinada o un conjunto de ideas con uno o varios referentes. Cabe resaltar que esta búsqueda por el ser del ente no presupone una meta, sino un trabajo continuo de correspondencia. En efecto, los filósofos siguen siendo interpelados por cuestiones como: la libertad, la justicia, la historia, el conocimiento, el alma, la dignidad, la experiencia estética, la cohesión social, la muerte, etc. Sin embargo, por la naturaleza aporética de los puntos de vista que emanan de las problemáticas mencionadas, no ha existido un acuerdo entre ellos.

Dado que no hay un acuerdo por un sentido unívoco de ser interpelado por el ser del ente, se tiende a pensar que en filosofía se puede argumentar sin restricción, o que no ofrece seguridad alguna respecto de lo que se habla, y por tanto, carece de oportunidad para tomarse en cuenta en el curso de una vida cotidiana. Sin embargo, esto no es necesario que ocurra así, pues no es necesario conocer exhaustivamente las cosas para actuar sobre ellas. La deuda con las reflexiones heideggerianas pueden dar la pauta para decir que la filosofía es la actividad de ensayar el pensamiento frente a un problema primigenio. Por ejemplo, no es suficiente preguntar ¿Qué es filosofía? sino, qué significa el “qué” en la pregunta: ¿qué es filosofía? De este modo la actividad se convierte en un diálogo, en una indagación de las bases esenciales del existir. Por supuesto que esta forma de caracterizar a la filosofía no es la única, aunque manifieste una apertura por pensar los problemas más básicos, asume de hecho una posición. Esta es, no hay un conocimiento único ni eterno; en la medida en que se piensen nuevas formas de entender los mismos problemas se nos aleja de una proto-filosofía o filosofía primera,⁷ misma que se puede caracterizar por la investigación del ser en tanto ser, y que además éste existe más allá de cualquier ente. La filosofía primera, a

⁶ Cfr. Heidegger, Martín. *¿Qué es filosofía?* Herder, Barcelona, 2004, 77 p.

⁷ En la definición de la filosofía primera sigo a Ferrater Mora, ya que él identifica los conceptos, metafísica, proto-filosofía y filosofía primera. Véase: “Metafísica” Ferrater Mora, José. *Diccionario filosófico*. Sudamericana, Buenos Aires, Argentina, 1965, Tomo II, pp. 184-188

diferencia de la filosofía como actividad, se fundamenta en axiomas. Ferrater Mora lo menciona de la siguiente manera:

Por encima de estas partes (las filosofías segundas como la física) hay una ciencia en la cual se estudia lo que es en cuanto que es y no ninguna especie o forma particular de este ser. Lo que es en cuanto es tiene ciertos principios, que son los “axiomas”, y estos se aplican a toda substancia como substancia y no a este o aquel tipo de substancia.”

El contraste entre estas dos posturas, por decirlo de alguna manera, nos hace ver que no es suficiente buscar la definición de filosofía; la deuda con el discurso de Heidegger hace ver que si quisiéramos encontrarla, tendríamos que empezar la actividad filosofante. En otras palabras, no tendríamos una oración que se identifique con la filosofía. Al no aceptar la filosofía primera, no es posible recurrir a un primer principio y de ahí derivar lo demás. Una situación similar ocurre en la ética; en efecto, se dice que esta disciplina filosófica se encarga de distinguir lo correcto de lo incorrecto, o lo bueno de lo malo; sin embargo, dentro de estos trabajos no existe unanimidad en cuanto qué se considera ético, y cuál sea el mejor método para establecerlo. En este sentido se puede considerar que lo ético, lo bueno, lo correcto, y en general los valores humanos son conceptos vagos. Dentro de la tradición filosófica encontramos que el enfoque del autor depende de la precisión de estos términos.

En gran medida la filosofía ha trabajado en repensar los significados que se emplean dentro de su discurso, así como la coherencia dentro del argumento que sostienen. En muchas ocasiones la relación entre conceptos y discurso se hace recíproca e inextricable. Piénsese por ejemplo en el concepto *Dasein* que emplea Heidegger, la *virtud* aristotélica o el *imperativo categórico* de Kant. Menciono esto porque los conceptos éticos se encuentran en esta circunstancia. Por ejemplo, cuando se dice que la ciencia ha operado sin ética, ya se le está caracterizando de un modo que necesita hacerse explícito, de otro modo la queja emitida no es clara en cuanto a su referencia. En efecto, si los conceptos éticos son: bueno y malo, y éstos dependen de una postura filosófica, o de una “visión del mundo”, la dependencia hace que la valoración de “lo bueno” sea desde una perspectiva. Parecería entonces que la ética tendría la tarea de decidir qué es lo bueno en sí mismo; sin embargo, esto no es del todo correcto, ya que plantear esta meta nos lleva a un problema similar al de la definición de filosofía. Podemos decir que la ética se encarga de decir qué es lo bueno en sentido absoluto, pero también podemos decir que es la actividad de preguntar constantemente por el actuar humano y su valoración.

Para esclarecer un poco el panorama convendría hacer una precisión. Bajo las consideraciones anteriores, parecería que cada quien puede tener su concepción de cualquier concepto ético en la medida en que pueda argumentarlo sin caer en contradicción. En el fondo, decir lo anterior no es otra cosa que sostener una postura coherentista; es decir, que lo más importante de un argumento ético es su coherencia interna, esto implica decir que la práctica cotidiana es un criterio que tiene menos valor. Diferenciar entre teoría y práctica es un problema filosófico, ya que la manera de relacionarse no es clara, además de que su distinción surge desde la constitución misma del hombre, pues hacemos (práctica) y pensamos (teoría) al mismo tiempo, sin divisiones definidas. Si diferenciamos entre teoría y práctica, entendiendo la primera como empresa contemplativa, y la segunda como el mundo de la acción cotidiana ¿Cómo justificamos que tenemos un acceso a una realidad distinta a toda acción cotidiana? Con el fin de no perdernos en este problema distinguiremos la teoría de la práctica en el campo de la ética siguiendo a Albert Jonsen.

Heredamos dos maneras distintas de discutir problemas éticos. Uno de ellos se enmarca en términos de principios, reglas y otras ideas generales; el otro se enfoca en características específicas de tipos particulares de casos morales. En la primera manera, reglas éticas generales se relacionan con casos morales específicos en una manera *teorética*, con reglas universales que sirven como “axiomas” de los que se deducen juicios morales particulares como teoremas. En el segundo, esta relación francamente *práctica*, con reglas morales generales que sirven como “máximas”, las cuales pueden ser completamente entendidas sólo en términos de casos paradigmáticos que definen su fuerza y significado.⁸

Con todo ello, no es claro cómo funciona la relación entre teoría y práctica, o cuál es la diferencia entre máximas y axiomas. Dado que esta distinción es medular en esta investigación, es necesario aproximarse en la tematización de los problemas éticos teniendo presente esta dificultad.

1.1 Una aproximación a la ética

Como mencioné en la introducción de este capítulo, la ética es una disciplina autónoma que se relaciona, pero no depende de la filosofía política; de igual modo es independiente de las ciencias y de cualquier otro saber que ostente algún tipo de conocimiento. Sin embargo, es una disciplina con una metodología específica, aunque sus métodos no son siempre los mismos y dependen en gran medida de los supuestos filosóficos que se acepten. Es decir, se tendrá que ser coherente con las nociones de verdad, conocimiento, principio, por

⁸ Jonsen, Albert R and Toulmin, Stephen. *Op Cit.*, p. 23. Las cursivas son del autor.

mencionar algunos. Si tomamos en cuenta el apartado anterior, la pregunta que podría formularse sería: ¿Cómo puede establecerse un discurso ético como verdadero? Es decir, si de inicio cualquier noción de ética debe ser especificada en el discurso filosófico, su comprobación se encuentra en el discurso mismo. En otras palabras, la relación recíproca entre conceptos y discurso determina cómo entendemos ambos. En el caso de la ética los términos que van a indicar el modo de entenderla son: correcto e incorrecto, bueno y malo, justo e injusto, etc. Esto nos conduce a una pregunta más profunda: ¿Cómo aproximarse a la ética? Si por esta pregunta entendemos que se busca una manera de develar un principio ético y la metodología para alcanzarlo, sólo he explorado una parte de la cuestión. Es posible que una revisión de los métodos en ética pueda evidenciar la actividad filosófica al pensar sus problemas. Para limitar mi exposición, me enfocaré en la filosofía de John Rawls y algunos de sus comentadores.

Se ha dicho que el libro más importante de filosofía política es *Teoría de la justicia* de John Rawls.⁹ Si esta afirmación es cierta y si se mantiene la distinción entre ética y filosofía política no encontraremos en este texto la tematización de problemas éticos, sino una filosofía política que presupone principios filosóficos determinados. Frank Snare menciona que la pregunta inicial que surge al hacer una filosofía de la moral o ética es el método para llegar a los principios morales.¹⁰ En otras palabras, si preguntamos ¿cómo debemos aproximarnos a la ética sin dar por sentados principios morales? la respuesta se encuentra al presentar el método para alcanzarlos. De acuerdo a la historia que realiza el autor, existen cuatro métodos de la ética. (1) La apelación a los juicios de “sentido común”. Se trata de develar las suposiciones más básicas de estos juicios cotidianos, es análogo a la ciencia natural, así como la teoría puede ser confirmada por la observación, un principio moral es confirmado por el juicio de sentido común. (2) La apelación a juicios hechos bajo “condiciones normales”. Es solo una refinación del primero, en el sentido de que la búsqueda por juicios cotidianos evita condiciones de ignorancia o locura. (3) La persistencia post-filosófica de los principios. Este método no busca los principios morales que uno ya posee, sino que se reflexiona sobre los diferentes sistemas morales; es decir, se investiga si pueden existir ciertos principios que puedan resistir cualquier análisis una vez

⁹ Dieterlen, Paulette. *Op. Cit.*, p. 41

¹⁰ Snare, Frank. *John Rawls and the Methods of Ethics*. International Phenomenological Society, 1975; Vol. 36, No. 1, p. 100 <http://www.jstor.org/stable/2107116> (página consultada el 26 de Agosto de 2014)

presentadas todas las alternativas. (4) La construcción de un especial punto de vista imparcial. Este método se diferencia del anterior en la medida en que se pretende construir un punto de vista que no se identifique con algún punto de vista en particular. Rawls oscila entre los puntos 2 y 4.¹¹ Snare ofrece argumentos que precisan que Rawls no está creando una nueva manera de hacer ética, sino que utiliza dos de ellos de manera arbitraria; en ocasiones apelando a un punto de vista imparcial al usar la noción de la posición original y la develación de nuestros saberes compartidos cuando emplea el término “equilibrio reflexivo”. Es claro que una exposición de la obra de Rawls está más allá de los límites del presente texto; aunque sí nos interesa la postura de Rawls y por tanto es inevitable exponer algunos puntos. Sólo que por ahora nos interesa observar que la metodología utilizada en las cuestiones éticas no puede ser idéntica a la de las ciencias, o a cualquier otro tipo de saber, ya que se trata de abordar la amplitud del carácter humano. La mención de Rawls se justifica aquí por su importancia y autoridad en la filosofía de nuestro siglo; es decir, decidimos aproximarnos a la ética a través de este autor, pero pudimos hacerlo de otra manera. En el apartado 2.1 aclararemos algunos aspectos que recuperan algunas aseveraciones aquí plasmadas.

En conclusión, se puede observar la riqueza teórica que puede ofrecer la ética, aunque pueda tener la desventaja de perderse entre tantos sentidos de hablar de ella. Frente a esta situación podemos hacer una pregunta, que quizá no cale en la profundidad filosófica de las que se mencionó en este apartado, pero que no es menos importante: ¿La manera de utilizar un método en ética y plantear principios puede ser modificada por situaciones no previstas? Otra manera de preguntar lo mismo sería ¿la autonomía de la ética y su método es realmente autónomo? Este problema tiene una forma similar a la dificultad encontrada en relacionar teoría y práctica.

El problema práctico que estoy enfrentando, siguiendo la definición de “práctica” de Jonsen, es el trasplante de órganos y la teoría sería los criterios para juzgar la mejor manera de distribuirlos. Un análisis de los métodos y principios éticos difícilmente tomarán en cuenta un caso particular como el de trasplante de órganos; sin embargo es común que se revisen principios éticos para hablar de los trasplantes.¹² Si la relación entre teoría y

¹¹ Cfr. *Ibid.*, pp. 102-107

¹² Cfr. Santillan-Doherty, Patricio. “Ética y Trasplante de órganos”. en Pérez Tamayo, Ruy, Lisker, Rubén y Tapia, Ricardo (coords.). *La construcción de la Bioética*. Vol. I, FCE, México, 2007, pp. 85-89

práctica es conflictiva, al proponer que se puedan utilizar criterios o principios éticos en la distribución de órganos, se acepta que se tiene una idea de cómo resolver este conflicto. Quizás el orden de análisis tendría que empezar por definir primero los métodos y principios éticos; sin embargo, debido a la importancia de definir un criterio distributivo, el problema filosófico tendrá que adaptarse. Es decir, no ayuda mucho encontrar el principio o el método adecuado para nuestros propósitos; ya que si no existen los medios prácticos el esfuerzo sólo quedará en los textos. Esto no quiere decir que el análisis filosófico quede relegado, porque entonces caemos en respuestas técnicas. Desde mi punto de vista, la reflexión ética es fundamental en este caso, pero es necesario delimitar el análisis. Se sigue que mi posición admita los métodos 1 y 2 como mejores alternativas para pensar el problema.

1.2 La casuística en tanto metodología ética

Al final del primer apartado había quedado inconclusa la falta de claridad al sustituir máximas (práctica) por axiomas (teoría) en la distinción que hace Jonsen. En el inciso 1.1 se especificó un poco este aspecto, las máximas morales son los presupuestos que se develan una vez que se reflexionan las actitudes morales en conjunto: costumbres abstraídas en proposiciones. La teoría, en su lugar, no se ciñe a las máximas de una comunidad, sino que busca las mejores máximas posibles.

Considerando lo anterior, es necesario decir qué entiendo exactamente por casuística, ya que el discurso de Jonsen parece flaquear frente a estas observaciones. A este respecto recupero el supuesto básico de la casuística: *El conocimiento moral es esencialmente particular*;¹³ esto significa que la moralidad, lo ético, lo bueno, etc., no se encuentran en alguna teoría que busque abarcar todos los casos posibles, sino en el caso mismo. De esta manera, Jonsen redefine la investigación ética que se ha llevado a cabo, concentrándose en el caso particular y en las categorías que se tocan desde esa perspectiva, y no en buscar la perspectiva general. En este sentido los eticistas necesitan hacer paralelas las cuestiones generales con los contextos, y así evitar que opere una subordinación. De esta manera se justifica que mi tema no sea un problema filosófico aislado, o que sea tan

¹³ Jonsen, Albert R and Toulmin, Stephen. *Op. Cit.*, p 331

general que se pierda la oportunidad de servirse de ese estudio para resolver una discusión como la de los trasplantes. Jonsen lo expresa de este modo:

Para resumir, en los campos de la experiencia particular concreta, tales como la ética y la medicina clínica, preguntas universales abstractas, raramente tienen respuestas únicas. La misión del filósofo se puede reflejar en diferentes campos de la experiencia en los términos más generales *posibles*; pero eso no quiere decir que él deba hacerlo solamente en términos *completamente* generales. Más bien, en cada campo novedoso de experiencia debe dirigirse hacia las preguntas más generales que son consistentes con la *naturaleza del campo*; y en ética esto significa que el grado de generalidad que podemos aspirar es limitado.¹⁴

Algunas de las preguntas obligadas son ¿Qué tan limitado debe ser el “espectro” filosófico? ¿Cómo se delimita? Tal parece que al especificar la naturaleza del campo, el límite, por su misma condición, restringe las preguntas filosóficas. Por ejemplo, si el campo de estudio son los trasplantes, la pregunta filosófica que indaga las condiciones apropiadas para vivir, necesariamente tendrá que enfrentarse con el límite que marca el tema de trasplantes. Puede ser que ya no sea “viable” preguntar ¿Qué es la vida? Ya que parecería estar fuera del límite, pero al mismo tiempo la pregunta filosófica por la vida es imprescindible si deseamos analizar el tema desde una perspectiva que no se reduzca a tecnicismos.

En conclusión, al decir qué es la casuística no es posible dejar de lado los problemas que surgen al relacionar teoría y práctica, así como la justificación y estatus de los axiomas o máximas morales. Pensar que una posición ética como esta puede ser desechada por no presentar problemas que abarquen totalidades nos coloca en desventaja frente a la respuesta que necesitan 18810 personas que requieren de un trasplante¹⁵, a la deficiencia de un sistema jurídico, médico y administrativo que carece de un análisis filosófico, a la característica multidisciplinar que ostenta la bioética, etc. Incorporar estos temas especifica la manera de entender conceptos filosóficos que se usan en bioética, la

¹⁴ Conclusión general de Jonsen al caracterizar la casuística, misma que va de la mano con las afirmaciones: 1) “la casuística es inevitable”. p. 32. Ésta última, tomada aisladamente, parecería dejar abierta la posibilidad de deducir a partir de principios generales. Situación que se cancela cuando se afirma que 2) “el conocimiento moral es esencialmente particular”. “[...] el conocimiento moral consiste en la habilidad de colocar nuestro discernimiento a trabajar, cultivar el ojo para hacerlo sutil, lejos de consideraciones obvias, que pueden ser crucialmente morales en situaciones difíciles. Esta habilidad no es una “habilidad cognitiva” de aprendizaje para hacer “deducciones éticas” más poderosas. En su lugar, es una cuestión de sensibilidad afectiva: aprendiendo que factores novedosos buscar y a qué ser sensibles, mientras nuestra experiencia moral se extiende. Jonsen, Albert R and Toulmin, Stephen. *Op. Cit.*, p 332. Las cursivas son del autor. La traducción en todas las citas será mía.

¹⁵ http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_estadisticas.html (página consultada el 08 de Septiembre de 2014)

tarea del filósofo y métodos de la ética; temas que, si bien pueden ser tratados de manera teórica, no significa que sean menos importantes si los observamos desde su parte práctica. Para especificar el problema teórico-práctico podemos analizar un poco estos elementos.

i) Conceptos filosóficos: Se ha considerado un argumento fundamental encontrar la resolución de dilemas bioéticos de manera “racional”. Estas nociones tienen una extensa historia, en un sentido general podríamos decir que se han distinguido de sus opuestos: irracionalidad, fe, fantasía, retórica, etc. Una de las críticas que ha recibido la casuística se basa en la exigencia de un parámetro universal, ya que de no poseerlo la consideración de un argumento racional se pierde, pues se le puede caracterizar de esta manera sin restricción. Situación que se presta para pensar que podemos identificar nuestros intereses con aquello que consideremos racional. Respecto a ello podemos encontrar una respuesta en la argumentación de Jonsen:

Considerados por su fuerza racional, no su poder retórico, argumentos con rigor no son no son más demostrativos, o puramente formales, que los argumentos laxos. No es, por ejemplo, el caso que argumentos con rigor tengan conclusiones “necesarias”, mientras que los argumentos laxos sean sólo “presuntos”. Ambos tipos de argumento tienen conclusiones presuntas, y difieren sólo por la facilidad con la que esas presunciones pueden ser refutadas. [...] Ninguna interpretación puede excluir una conclusión moral de toda reconsideración posible, como lo haría si esas conclusiones fueran establecidas “necesariamente”¹⁶

En última instancia, lo que encontramos en un razonamiento moral no son principios axiomáticos, sino presupuestos que siempre están sujetos a revisión, esto es, la idea de una racionalidad universal exige que se interprete de manera que ninguna situación modifique su universalidad. Por lo tanto, cuando se haga mención de que la discusión bioética debe ser racional, y se tome en cuenta a la casuística, se le exige que se adecúe y resuelva las necesidades del caso, no que la cadena de inferencias sea necesaria.

ii) Métodos de la ética: Los métodos no pueden ser abstractos y desligados de los responsables de pensar éticamente. Por ejemplo, una capacitación en bioética del personal involucrado en los trasplantes no podría transmitir principios universales. Jonsen menciona un método para esclarecer el problema y retomar algunas posibles soluciones:

1. Casos de tipo similar (paradigmas) sirven como objetos finales de referencia en argumentos morales, creando “presuposiciones” iniciales que conllevan más peso en la conclusión, en ausencia de circunstancias “excepcionales.
2. En casos particulares la primera tarea es decidir qué paradigmas son directamente relevantes en el tema que surge.

¹⁶ *Ibid.*, p. 332

3. Dificultades substanciales surgen, primero, si los paradigmas se adaptan a los casos actuales sólo ambigualmente, con el fin de que las presuposiciones que crean estén abiertas a dificultades serias.
4. Tales dificultades surgen también si dos o más paradigmas se adaptan en posiciones conflictivas, lo cual debe ser mediado.
5. La historia social y cultural de la práctica moral revela una clarificación progresiva de las “excepciones” admitidas que refutan las presuposiciones morales iniciales.
6. La misma historia social y cultural muestra una elucidación progresiva de los casos reconocidos.
7. Finalmente, los casos pueden surgir en la base real del paradigma es cambiada radicalmente.¹⁷

iii) Tarea del filósofo. La formación del profesional en filosofía se enfoca en entender y argumentar otros paradigmas, además de ello, un aspecto fundamental es la crítica frente a éstos, incluido el propio. Esto coincide con la exigencia que plantea Jonsen para expandir nuestro conocimiento moral. Básicamente se pide una apertura a cualquier tipo de moralidad, sin obviar ninguna situación.

Es cierto que la casuística que caracteriza Jonsen aclara varias preguntas que surgen cuando se habla de particularidades y su relación con el quehacer filosófico. Sin embargo no es mi intención reproducirla para adaptarla a conveniencia. Pues, a mi juicio, es necesario notar lo que ya he anunciado, no es claro cómo resuelve el problema de la naturaleza de los principios morales, o máximas, como él le llama. En primera instancia, la idea de que existe una separación tajante entre dos maneras de hacer ética es excesiva. ¿Qué tan abstracto debe ser lo abstracto para considerarse fuera de la esfera de la practicidad? En caso de que identifiquemos algún tema eminentemente abstracto ¿estaríamos justificados a desecharlo sólo por ser abstracto? ¿Qué exactamente se pierde al abandonar un principio filosófico decidido de antemano?

Otra ambigüedad que me parece importante dentro del discurso de Jonsen es alguna idea concreta acerca de cómo escoger entre paradigmas. Sabemos que en estricto sentido no podemos esperar del mencionado método la resolución de todos los casos posibles. En todo caso, considero que se trata de una clarificación de la naturaleza del proceso, no de los resultados del mismo. Con todo ello queda la duda acerca de una manera de escoger entre paradigmas. Especificar aún más la manera en que la experiencia del filósofo moral es puesta en práctica, ya que si los argumentos con rigor lógico no son más demostrativos que los argumentos laxos, no hay razón para estudiar lógica. Desde mi perspectiva no es necesario descartar de inicio a los filósofos morales de corte principalista o teórico, y

¹⁷ *Ibid.*, p. 306-307

decir que se ocupan de una realidad distinta. Incluso cuando ellos mismos no se ocupen de estos casos y se detengan en las generalidades. De esta manera es posible recuperar su discurso para clarificar el proceso mismo en que resolvemos dilemas éticos. Pero entonces tenemos que hacer ver cómo es que pueden coincidir estos discursos y que sean de utilidad en el nuestro. También me parece importante decir que no sólo se trata de decir que es la casuística es un problema dentro de la ética, pues implica problemas filosóficos que he señalado. El acuerdo sobre el lugar de la casuística en la reflexión no es sólo de academia, no se trata de insistir en que esta manera de hacer ética sea aceptable o no en la tradición. Se trata de un acuerdo sobre cómo se especifica una máxima o principio y cómo opera, no sólo dentro de un sistema filosófico, sino dentro de una sociedad particular, con un sistema jurídico, médico y administrativo determinado. En efecto, los puntos de vista son diversos, cada conocimiento aportará su perspectiva; por mi parte trataré de destacar problemas filosóficos y éticos, así como las herramientas de estas disciplinas, tomando en cuenta el caso. La filosofía del lenguaje puede arrojar algunas luces sobre cómo se puede recalcar y resolver un problema como el desacuerdo entre personas de una comunidad, y que parece que apelan a distintos principios morales.

2. EL DESACUERDO MORAL

De acuerdo a las precisiones que he mostrado, no es posible definir *el* conocimiento moral, por tanto, tampoco *el* método o identificarle alguna proposición. Los cuatro métodos de hacer ética que mencioné asumen posiciones incompatibles entre sí. Si se mantiene una postura escéptica en cuanto al método que intenta encontrar los mejores principios posibles, y se concentra la atención en aquellos que revelan principios existentes de una comunidad o grupo de personas, se tendrá una visión que abarca los desacuerdos morales entre personas con una moral específica, no aquellas que buscan principios eternos.

Una de las disciplinas filosóficas que se ha involucrado en la ética ha sido la filosofía analítica. Básicamente esta disciplina considera que la resolución de los problemas filosóficos tradicionales; por ejemplo, qué es lo bueno, son resueltos mediante un análisis lógico, es decir, son problemas en tanto no se clarifique el lenguaje. Sin asumir estas consecuencias, puedo recuperar estas herramientas filosóficas para mis fines. La obra

*Ética y lenguaje*¹⁸ de Charles Leslie Stevenson es particularmente útil para esclarecer el desacuerdo moral o entre paradigmas, que a mi juicio deja pendiente Jonsen.

En efecto, si revisamos el texto de Stevenson reconoceríamos desde el título la intención por presentar a la ética desde una perspectiva analítica. Como he mencionado, me mantengo escéptico con respecto a la solución que encuentra Stevenson de abarcar todos los dilemas éticos. En lugar de ello recupero el discurso para clarificar la distinción entre paradigmas. Efectivamente, se habla de que se necesita estar en disposición para entender un paradigma, así se obtiene experiencia moral, pero se nos queda a deber la manera de llevarlo a cabo, pues parece que no se completa o que la indicación de diálogo se queda, en cierta medida en el aire. Stevenson busca la raíz del desacuerdo, y presenta el desacuerdo de manera dual. Pues hay desacuerdo en creencias y desacuerdo en actitudes. Él nos menciona la diferencia:

Ambos tipos de desacuerdo difieren, principalmente, en el siguiente aspecto: el primero tiene que ver con la forma en que las cosas son fielmente descritas y explicadas; el segundo, con la manera en que son apreciadas favorable o desfavorablemente y, por lo tanto, con la manera en que han de ser afectadas por el esfuerzo del hombre.¹⁹

Es curioso observar cómo un filósofo como Stevenson analiza un tema que parecería involucrar algún tipo de psicología más que un estudio conceptual. Me refiero específicamente al término “actitud”. Él mismo explica que este término se lo entiende como Ralph Barton Perry entiende “interés”.

Es característico de la mente viviente estar dispuesta hacia algunas cosas y en contra de otras. Esta polaridad no es reducible a la existente entre "sí" y "no" en el sentido puramente cognitivo, porque uno puede decir "sí" a regañadientes o estar contento de decir "no". Estar "a favor" o "en contra" es ver algo favorable o desfavorable; es un sesgo del sujeto hacia o en contra de algo. Implica, como lo veremos con más claridad en la secuela, una tendencia a crear o conservar, o una tendencia opuesta para evitar o destruir. Esta dualidad aparece en muchas formas, tales como agrado y desagrado, el deseo y la aversión, la voluntad y la negativa, o la búsqueda y la evasión. Es a esta característica omnipresente de la vida afectivo-motora, este estado, acto, actitud o disposición de estar favor o en contra, en la que proponemos dar el nombre de “interés”.²⁰

Hago énfasis en el ensayo que estos autores hacen para caracterizar el término “actitud” porque me parece que en su caracterización radica la distinción que se hace frente al

¹⁸ Stevenson, Charles L. *Ética y Lenguaje*. Traducción de Rabossi, Eduardo A. Paidós, Buenos Aires, 1971, 308 p.

¹⁹ *Ibid.*, p. 17

²⁰ Perry, Ralf B. *General Theory of Value: its meaning and basic principles construed in terms of interest*. Cambridge: Harvard University Press, 1939, p.115

desacuerdo entre creencias, y por tanto es la idea principal que sustenta el análisis que realiza Stevenson. De hecho, él menciona que la relación entre actitudes y creencias es el problema central de todo análisis ético.²¹ Cuando queremos hacer ver la relación en este tipo de desacuerdos no es del todo claro cómo es que podemos tener una actitud respecto a algo sin creerlo, o la medida en que la descripción que tengamos de ello modifique la misma.

En la respuesta que da Stevenson se encuentra una ayuda para esclarecer el acuerdo moral entre paradigmas. Lo que nos dice Stevenson es que la relación entre los desacuerdos entre actitud y creencias es fáctica y no lógica.²² En efecto, en la vida cotidiana no podemos tener gustos de algo que no exista, pero eso no implica que exista un fundamento substancial y único que podamos llamar mente y que de él se desprendan todas nuestras actitudes y creencias indistintamente, esta idea es propia de un psicologismo,²³ en última instancia lo que ocurriría al aceptar tal cosa sería la desaparición de la ética como disciplina independiente.²⁴ De hecho, en tanto consideremos que sí existe una distinción entre estos tipos de desacuerdos, no sólo clarificaremos las posturas y la manera de aceptarlas, sino también implica que la ética es una disciplina autónoma. Ya que no puede ser reductible a la psicología, a la sociología, o a ninguna ciencia que describa hechos, incluso cuando estos hechos sean actitudes. “A medida en que se desarrolla el tema, el desacuerdo en la actitud se identifica confusamente con algo distinto; a menudo, con el desacuerdo en la creencia acerca de actitudes.”²⁵

En todo caso, existe de fondo una oposición entre filosofía y ciencia, o entre ética y psicologismo. Desde la perspectiva teleológica cognitiva y arquitectónica, como la llama

²¹ Stevenson, Charles L. *Op. Cit.*, p. 23

²² *Ibid.*, p. 19

²³ Es la tendencia a considerar la psicología como el fundamento y centro de toda investigación filosófica. El psicologismo es, sobre todo, la tendencia a reducir a la psicología la lógica o la teoría del conocimiento. Véase. “Psicologismo” en Ferrater Mora José. *Diccionario filosófico*. Sudamericana, Buenos Aires, p. 508

²⁴ Para comprender un poco mejor la autonomía de la ética y la distinción con el psicologismo cabe señalar lo siguiente: si consideramos que la base de la ética es el lenguaje, todo ser humano tiene la capacidad para modificarlo en tanto no está determinado por su psique o mente. En efecto, si tomamos en cuenta que el psicologismo reduce el lenguaje a la dinámica de la mente, es imposible modificar esta lógica; en cambio, si concebimos que el discurso es capaz de modificar nuestras actitudes, uno tendría la decisión de actuar tomando en cuenta el argumento ético que más le convenga. Por tanto la ética es independiente, tanto del psicologismo como de la ciencia en general, debido a que ésta funciona con creencias, y para que estas se modifiquen hace falta algo más que el lenguaje, la observación. Algo importante que llama la atención, y lo que pensamos que está de fondo es un presupuesto de las doctrinas epicúreas y estoicas: el discurso puede modificar nuestras pasiones para modificarlas o erradicarlas.

²⁵ *Ibid.*, p. 23

Francis Jeffry Pelletier,²⁶ existe un mecanismo interno que regula la actividad de la mente o el cerebro.²⁷ Las acciones son consecuencia de estas operaciones, se le llama teleológica por que se dirigen a un fin, como la dominación social, la reproducción, la supervivencia, etc. Es importante mencionarlo porque la biología y la psicología operan bajo este presupuesto; un curso de biología no está completo sin la transmisión de los supuestos darwinianos y la psicología se ha convertido en una parte de la neurociencia. Sin embargo, hasta la fecha no se ha podido encontrar ese mecanismo, de otra manera ya hubieran podido curar enfermedades mentales como el alzhéimer. En una medida importante la ética y la filosofía existen porque el psicologismo no ha demostrado la exhaustividad que supone. En este sentido podemos decir que el término “actitud” cae bajo este debate. Si para Stevenson una actitud es fáctica y no lógica, no es posible encontrar un principio por medio del cual se pueda resolver un desacuerdo moral, ya que no hay justificación lógica para decir que una cosa es mejor que otra. Todo queda reducido a una polaridad irreductible a cualquier modelo cognitivo, a una emotividad. Es decir, para Stevenson no es posible develar un mecanismo mental porque la mente no opera de manera lógica sino fáctica. La tesis de Stevenson es que podemos tener una idea de los intereses de la otra persona a través del análisis del lenguaje, no para construir una jerarquía de valoraciones, sino para mediar en un desacuerdo. En efecto, cuando dos o más sujetos intentan exponer sus puntos de vista, su manera de relacionar sus actitudes y sus creencias será, en todo caso, con enunciados. En un conflicto ético es necesario que se entiendan las demandas recíprocamente. Por lo tanto, el análisis que se necesita es una especie de traducción, en la cual se identifique aquello que una(s) persona(s) quiere(n) cambiar de la(s) otra(s). Para Stevenson un dilema siempre es un conflicto en el que una parte intenta cambiar la actitud de la otra, no describirla.

Los enunciados éticos poseen un significado que es, aproximada y parcialmente imperativo. Este significado imperativo permite explicar por qué los juicios éticos están relacionados con el acuerdo y el desacuerdo en la actitud. Además sirve para indicar cómo puede distinguirse la ética normativa de la psicología y de las ciencias naturales.²⁸

Stevenson menciona que los enunciados éticos son “aproximada y parcialmente imperativos” porque también les adjudica una parte declarativa. Por ejemplo, en el

²⁶ Pelletier, Francis J (*et. al.*). *Is Logic All in Our Heads? From Naturalism to Psychologism*. *Studia Logica: An International Journal for Symbolic Logic*. 2008, Vol. 88, No. 1, p. 42 <http://www.jstor.org/stable/40210820> (página consultada el 09 de Septiembre de 2014)

²⁷ *Loc. Cit.*,

²⁸ *Ibid.*, p. 35

enunciado, “Dios manda: No matarás” se está queriendo decir: “apruebo la idea de que Dios manda que no matemos; apruébala tú también”. La primera parte es declarativa la segunda imperativa. En última instancia el desacuerdo de la actitud se encuentra cuando las intenciones por cambiar la actitud son opuestas; siguiendo el mismo ejemplo: No apruebo que dios mande que no matemos, desapruébalo tú también. La manera de resolver el conflicto radica en el peso de las razones que se asumen. En un caso como el de trasplantes se dirá algo semejante a lo siguiente. Yo merezco este riñón más que tú porque lo solicité primero, lo que querrá decir: Apruebo que quien llega primero merece primero un riñón, apruébalo tú también. Queda pendiente que se expongan las razones por las cuales ese criterio es mejor que el de la compatibilidad o el de la urgencia por ejemplo. Todo ello sin pretender que dichos criterios sean ordenados jerárquicamente, solamente se analizaran para entender las demandas de la otra persona.

Llegados a este punto podemos ver de manera más clara dos de las principales posturas que trabajan con los dilemas éticos, mismas que se diferencian en un punto central. Jonsen considera que los argumentos principalistas y los casuísticos tienen conclusiones hipotéticas. Es decir, si los principalistas utilizan el método axiomático no quiere decir que su conclusión sea necesaria. Mientras que la argumentación de Stevenson no discute la fuerza de la conclusión, ya que no hay un parámetro lógico para medirla. Jonsen acepta que hay paradigmas y cada uno está subordinado a máximas, habla de los distintos tipos de moralidad, al igual que Stevenson no jerarquiza valores; sin embargo, para decidir entre uno u otro recurre a la sensibilidad, no explica cómo funciona ésta o si depende o no de alguna teoría. Stevenson sí dice que no hay manera de que una teoría abarque la emotividad, no es posible explicar por qué nos interesan algunas cosas en vez de otras. Decir que necesariamente una teoría explica todos los sentimientos o emociones es comprometerse con algún tipo de psicologismo. La diferencia que hace el discurso de Stevenson es que propone una manera para aproximarse a esa emotividad sin pretender teorizarla, generar acuerdos en lugar de diferencias.

Apuntando esta diferencia convendría recordar un problema filosófico para clarificar las posiciones de Stevenson y Jonsen: la dicotomía hechos-valores. En este problema se suele distinguir: el mundo tal como es y cómo debería ser; en su forma simple sería: la distinción entre ser y deber ser. Tiene pertinencia la mención porque pareciera que

la distinción: creencias y actitudes se identifica con el esquema: ser y deber ser. Por su parte Jonsen no parece asumir esta forma. El problema deja de tener importancia cuando la descripción del mundo tal como es, es siempre hipotética y en muchos casos resulta accesoria al tratar de resolver un problema ético. Por ejemplo, ¿De qué nos serviría la biología molecular cuando tenemos un problema de deforestación? Considero que la dicotomía no queda resuelta, pienso que se puede sostener, pero que el énfasis debe estar en los valores, de este modo se dejan de lado intelectualizaciones innecesarias que abundan en el discurso filosófico, esto con el fin de obtener una resolución de casos particulares. En otras palabras, el problema filosófico no deja de existir, la dicotomía se nos presenta. Sin embargo, el trabajo filosófico no debe enfocarse en detectar “el problema”, sino en encontrar rutas que permitan especificar las distintas actitudes, así como la mejor manera de conciliarlas. De este modo, recuperar el análisis lógico se convierte en una herramienta a nuestra disposición.

2.1 El liberalismo político como respuesta al desacuerdo moral.

Una de las principales causas de la existencia de una teoría de justicia es el desacuerdo moral. Para John Rawls, la filosofía política tiene como fin reducir la brecha del desacuerdo para que se garanticen las libertades y derechos a través de las instituciones.²⁹ Como ya he señalado, la tradición actual retoma los estudios de John Rawls al hablar de justicia distributiva, estos estudios marcan nuestro contexto para hablar de estos temas. Sin embargo, el espacio del que dispongo no permite una exposición tan densa, aunque sí puedo mencionar los puntos que considero centrales, y que ayudan en la exposición de la dificultad de plantear un criterio distributivo y el papel de las instituciones sociales y la legislación.

Convendría en primer lugar tener claro qué es una teoría de justicia. De acuerdo a Víctor Martínez Bullé-Goyri, Una teoría de justicia surge cuando aparece el problema de la escasez³⁰, es decir, cuando la demanda supera a la oferta. Básicamente se demandan bienes o servicios entendidos en un sentido amplio. Por ejemplo, es posible considerar como un

²⁹ Rawls, John. *Liberalismo Político* Traducción de Sergio René Madero Báez. FCE, UNAM, México, 1995, p. 38

³⁰ Martínez Bullé Goyri, Víctor. “Sobre los derechos humanos y la justicia” en González, Juliana y Linares Jorge (coords.). *Diálogos de bioética : nuevos saberes y valores de la vida*. FCE, UNAM, FFyL, México, 2013, p.368

bien la vida misma, pero para decir tal cosa es necesario tener una noción compartida acerca de cómo debemos vivir, esto para que la distribución de las condiciones que posibiliten vivir la vida de ese modo sean repartidas de alguna manera acorde con ello. En este sentido una teoría de justicia es el fundamento ético que propone qué se entiende por bien, así como su distribución; es decir, se acuerda una moral.

Paulette Dieterlen dice que en la justicia distributiva intervienen tres elementos: los sujetos que reciben bienes, servicios y oportunidades; los objetos que satisfacen deseos, necesidades y oportunidades; y los principios que rigen la asignación.³¹ La autora señala que en la relación de estos elementos intervienen distintos enfoques filosóficos: ética, filosofía política, psicología filosófica y filosofía de la economía. Cada enfoque tiene sus propios problemas a tratar, por ejemplo, si analizamos la justicia distributiva como un problema de la filosofía política, encontraremos –nos dice– preguntas que indaguen sobre las formas estatales adecuadas; es decir, desearíamos saber ¿Cómo debemos vivir? o ¿Cuál es el mejor régimen? Las cuales, van de la mano con la pregunta: ¿Cómo distribuir justamente los bienes?

Una de las teorías que ha tenido mayor influencia en responder tales cuestiones ha sido el liberalismo, propuesto John Rawls. De acuerdo con este autor, el liberalismo político responde de manera “inédita” el problema de acordar una idea de bien en consenso.³²

Como es sabido, el pensamiento moderno moldeó la idea de que no hay un bien en sí, su búsqueda se convirtió en algo irrelevante. La historia de estos cambios es muy extensa, habría que empezar por exponer el pensamiento de Aristóteles, el cual identifica el cosmos con la justicia; de igual modo sería necesario el contraste con las concepciones modernas. A modo de ejemplo mencionaré la idea de bueno y malo de Thomas Hobbes, ya que es uno de los filósofos modernos que da cuenta de este cambio. En palabras del filósofo inglés: “Pero sea cual fuere el objeto del apetito o deseo de cualquier hombre, esto es lo que él, por su parte llama *bueno*, y al objeto de su odio y aversión, malo; y al de su desprecio, *vil e inconsiderable*.”³³ El análisis de lo que es bueno, desde esta perspectiva, se

³¹ Dieterlen, Paulette. *Ensayos sobre justicia distributiva*. Fontamara, México, 1996, p. 11

³² Rawls, John. *Op. Cit.*, p. 26

³³ Hobbes, Thomas. *Leviatán I*. Traducción de Antonio Escotado. Losada, Buenos aires, 2003, p. 71. Las cursivas son del autor.

reduce a una cuestión de gusto, la tarea de buscar una idea general de bien siempre será desde una perspectiva. Las sociedades tendrían que encontrar una manera convivir en la que los diversos intereses no acaben por destruirla, o por lo menos mermar la paz. Las reflexiones que se elaboran dentro de la filosofía política han tenido esa tarea; no obstante podemos preguntar cuál es el papel que desarrollan estas reflexiones. Ya que la experiencia cotidiana no muestra a simple vista sociedades desintegradas del todo, en el caso de nuestro país, existe un alto índice de inseguridad, corrupción, desintegración social y desigualdad social. Sin embargo, también posee instituciones que conservan el orden, la existencia de éstas supone que los síntomas de una desintegración del país son “anomalías” que se deben corregir por las mismas instituciones del estado. Si creemos lo anterior, aceptamos alguna idea de bien y además que el estado puede alcanzarla. Si sostenemos lo contrario, el estado no puede tener la autoridad para designar la idea de bien y todas las nociones que la incluyan tendrían que ser respetadas; en dado caso, por ejemplo, los debates sobre el aborto o la eutanasia no serían problemáticos, cada quien debería decir lo que considera correcto y aplicarlo sin problema. Si buscáramos en Hobbes la respuesta a este dilema llegaríamos a la importancia de las pasiones primordiales, la más importante es el miedo a la muerte. En efecto, dado que el miedo a morir es una pasión compartida, nos conviene buscar la paz a costa de nuestros propios gustos, o aquellas cosas que consideramos buenas, pues en todo caso, éstas están subordinadas al miedo a la muerte. En seguida de que Hobbes habla de estas pasiones menciona cómo deberían ser entonces los tratados de paz o leyes de naturaleza; enumeradas son las siguientes:

[...] (1) todo hombre debería esforzarse por la paz, en la medida en que espere obtenerla, y que cuando no puede obtenerla, puede entonces buscar y usar toda la ayuda y las ventajas de la guerra [...], (2) que un hombre esté dispuesto, cuando otros también lo están tanto como él, a renunciar a su derecho a toda costa en pro de la paz y la defensa propia que considere necesaria y que se contente con tanta libertad contra otros hombres como consentiría a otros hombres contra él mismo. [...] (3) que los hombres cumplan los pactos que han celebrado. [...] Y en esta ley de naturaleza se encuentra la fuente y origen de la JUSTICIA, pues donde no ha precedido pacto, no ha sido transferido derecho, y todo hombre tiene derecho a toda cosa y, por consiguiente, ninguna acción puede ser injusta.³⁴

Recuperar el discurso hobbesiano a manera de ejemplo nos permite introducirnos al problema que intenta resolver el liberalismo político. En primer lugar podemos marcar una diferencia entre los presupuestos de Hobbes y los de un liberal. Para Hobbes no hay un

³⁴ *Ibid.*, p. 129-140

fundamento de justicia al que podamos apelar para determinar qué es justo y qué no lo es. Todo se resuelve por un contrato previo que especifique aquello que se entiende por justicia. Para un liberal como Rawls, los valores que deben guiar a las instituciones y por ende a los ciudadanos son: libertad e igualdad.³⁵ La decisión por alguna de las posturas no es simple. La respuesta de Hobbes no es satisfactoria porque actualmente hay terapias médicas que inciden en decisiones de vida o muerte que no son fáciles de determinar. En efecto, los dilemas éticos no pueden resolverse con un contrato o de manera técnica. Por ejemplo, sí podemos llegar a un acuerdo sobre a quién otorgar un riñón, pero el acuerdo no implica una idea de justicia en un sentido universal. Es necesaria la universalidad de la justicia porque estamos hablando de un sistema nacional de trasplantes. Otro ejemplo es la preferencia de morir frente a vivir, obviamente no podemos decir que el suicidio sea ilegal, ya que no tendríamos a quién juzgar. Sin embargo, el suicidio es considerado algo “malo” por la sociedad occidental.³⁶ Por su parte, Rawls intenta demostrar que su teoría no pretende decir qué es la justicia, la libertad o la igualdad de manera definitiva, sin embargo, tampoco dice que la justicia sea algo que se decida arbitrariamente. Tal vez si nos adentramos un poco en su pensamiento logremos comprender lo inédito de su respuesta frente a la idea de justicia. Antes de exponer algunas de sus ideas convendría hacer algunas aclaraciones iniciales. Dieterlen menciona que los tres grandes méritos de Rawls son:

[...] rescatar, para explicar la política, la idea del contrato social; conciliar dos principios que parecían ser de dos tradiciones distintas: el liberalismo, que rescata la idea de libertad, el socialismo, que rescata la idea de igualdad, y reunir dos tradiciones que en el pensamiento liberal se veían como antagónicas: la llamada libertad de los modernos o la defensa de las libertades políticas, y la de los antiguos o la defensa de las libertades cívicas.³⁷

Para la autora, el primer mérito implica los siguientes conceptos: 1) sociedad bien ordenada (características de las personas que forman parte del contrato social), 2) equilibrio reflexivo, 3) la posición original y 4) el velo de ignorancia. El segundo mérito

³⁵ Rawls, John. *Op. Cit.*, p. 30

³⁶ Mitchell Heisman dejó una nota antes de morir de 1905 páginas, http://www.suicidenote.info/ebook/suicide_note.pdf (página consultada el 7 de Octubre de 2014) En un apartado intitulado: “Open your mind to Dead” El autor explica que evitar la muerte a toda costa es uno de los prejuicios más obstinados de nuestra sociedad. A pesar de que Heisman haya presentado la misma con un formato académico, la mención de este apartado tiene no tiene la intención de citarlo como una referencia bibliográfica, sino como un caso de una persona que prefirió la muerte en lugar de la vida, y que como tal puede servir para falsear la teoría de Hobbes. El miedo a la muerte no es una pasión sino un prejuicio.

³⁷ Dieterlen, Paulette. *Op. Cit.*, p. 41

retoma el análisis del primero y permite la correlación entre libertad e igualdad a través de una noción de justicia correcta en lugar de bondadosa (política en lugar de metafísica). En cuanto al último punto, incluye el concepto de cooperación social.³⁸ Para explicar cada uno de ellos me sirvo de la primera conferencia que aparece en el texto de Rawls: *Liberalismo Político*. Las razones de escoger este texto sobre los demás se debe a varias razones: en éste se expresan estos conceptos fundamentales de manera resumida y revisada. En efecto, el autor manifiesta que en su *Teoría de la Justicia*, su obra más famosa, existen inconsistencias que son aclaradas en este texto posterior.³⁹ Una de ellas es que no se distingue entre “una doctrina moral de la justicia de alcance general” y “una concepción estrictamente política de la justicia”.⁴⁰ Otra de las razones es que en el *Liberalismo Político* se expresan ideas que fundamentan la teoría de Rawls de manera sistemática; esto se debe a que el propósito del autor es aspirar a una unidad respecto a una teoría de justicia, misma que es lograda por la idea del liberalismo político.⁴¹

En la exposición que realizaré del texto de Rawls retomaré el orden de ideas que destaca Dieterlen. Rawls comienza su texto expresando dos cuestiones fundamentales resumidas en una: “¿Cómo es posible la existencia duradera de una sociedad justa y estable de ciudadanos libres e iguales que no dejan de estar profundamente divididos por doctrinas religiosas, filosóficas y morales razonables?”⁴² En dicha pregunta la concepción de justicia es crucial, si pensamos que Rawls se diferencia de Hobbes por su concepción de justicia, ello implica que Rawls no entiende a la justicia como una herramienta de convivencia, no es tampoco un acuerdo establecido voluntariamente, sino las libertades cívicas o el bien social. La idea es que una doctrina filosófica está equiparada a una doctrina moral o religiosa, por tanto no se puede recurrir a ella para elaborar dicha concepción, ésta sería únicamente política. No obstante para que ésta no se convierta en un contrato, Rawls introduce la noción de equilibrio reflexivo. Esta noción se refiere a una oscilación entre los consensos entrecruzados de una sociedad y los principios a los que se aspiran en conjunto. Sin embargo para que exista un consenso se debe suponer la cooperación entre ciudadanos, en este sentido se rompe completamente con la idea de una justicia particular o subjetiva.

³⁸ *Ibid.*, pp. 41-50

³⁹ Rawls, John. *Op. Cit.*, p. 11

⁴⁰ *Loc. Cit.*,

⁴¹ *Ibid.*, p. 10

⁴² *Ibid.*, p. 33

Los tres elementos de la cooperación son: 1) Está orientada y aceptada públicamente, además se concibe como reguladora de conducta. 2) Debe haber equidad en la cooperación, todos deben de resultar beneficiados en los términos acordados, éstos son expresados por principios que definen los derechos y deberes dentro de las instituciones sociales. 3) Cada ciudadano debe obtener una ventaja personal.⁴³ Dado que sería imposible realizar un consenso entrecruzado de manera exhaustiva, Rawls introduce la idea de la posición original. Se trata de un experimento que intenta cancelar cualquier posición de ventaja de cualquier ciudadano que participe en el consenso, ya que se tiene el fin de llegar a una igualdad y libertad plenas. Esta idea se encuentra relacionada estrechamente con otra: “el velo de ignorancia”. Ambas cancelan las contingencias del mundo social, esto incluye cualquier convicción sobre la idea del bien que se deba seguir, llámese, filosofía, moral o religión.⁴⁴ Por supuesto también se tendrían que eliminar las diferencias de sexo, género, raza y etnia. De acuerdo a Rawls, eliminar cualquier convicción o fundamento del bien tiene la oportunidad para buscar acuerdos, ya que existen convicciones que parten de supuestos irreconciliables; por ejemplo, el bien en tanto parte del orden natural y el bien identificado con un principio axiológico. Frente a esto es preciso recalcar que nuestras convicciones no deben ser canceladas definitivamente, deben estar presentes una vez que se logren los acuerdos políticos, ya que es necesario retomarlas si deseamos que nuestra sociedad opere de una manera que sea justa para todos. Es necesario que se tenga un sentido de la justicia y del bien acorde a la cooperación equitativa, donde la equidad necesita un velo de ignorancia. De este modo las posiciones metafísicas se sustituyen por posiciones políticas que permiten tener visiones de justicia, pero que su aplicación debe ser mediada por un proceso de debate. Del resultado surge una sociedad bien ordenada, ésta implica que: 1) Todos aceptan los mismos principios de justicia, 2) las instituciones públicas y sociales satisfacen dichos principios y 3) el concepto de justicia compartido se puede llevar a cabo por las instituciones, además de que sirve de parámetro para la evaluación de las mismas.⁴⁵ Si nos enfocamos en el tema del acceso a la salud y lo relacionamos con los argumentos que he recuperado de Rawls, podemos pensar que un sistema de salud puede ser justo en la medida en que se elaboren consensos respecto de la

⁴³ *Ibid.*, pp. 46-48

⁴⁴ *Ibid.*, p. 54

⁴⁵ *Ibid.*, p. 66

justicia distributiva de dichos recursos. No obstante, el mismo autor nos previene de las limitantes de su teoría:

Creo que la justicia como equidad arroja respuestas razonables para los dos primeros problemas de extensión: para las generaciones futuras y para el derecho de los pueblos. Parcialmente, también para la tercera, para los problemas de suministrar lo que podríamos llamar un servicio normal de salud. [...] En cualquier caso, no deberíamos esperar de la justicia como equidad, ni de ninguna otra concepción de la justicia, que abarque todos los casos en que se plantea la cuestión correcto/incorrecto. La justicia política necesita siempre el complemento de otras virtudes.

Esta conclusión nos conecta con la distribución de órganos para trasplante. Esto se debe a que la idea de una justicia distributiva es imprescindible para determinar la asignación de órganos. El discurso de Rawls es de suma importancia para los gobiernos que ostenten una democracia constitucional. En otro texto de Paulette Dieterlen⁴⁶ se habla específicamente de la distribución de recursos médicos, y en específico de los órganos para trasplante, en éste se ocupa de estudiar tres criterios de distribución: el mercado, el derecho y las necesidades, siendo el último el que le parece “realmente relevante”.⁴⁷ La autora recupera los estándares de necesidad a cubrir que propone Norman Daniels: ejercicio, descanso, vivienda, ropa, comida y compañía. Sin embargo menciona que aunque éstos puedan ser plenamente identificados, el valor de la vida no lo es, y por tanto es necesaria la reflexión de la dignidad o la vida humana a la luz de la protección de la salud (Trataré este tema en el siguiente capítulo).

Si la filosofía política, como sugiere Rawls, sólo puede reducir la brecha del desacuerdo para que se garanticen las libertades y derechos a través de las instituciones. Entonces la discusión filosófica debería evitarse la tarea de juzgar sistemas axiológicos comprensivos, como el utilitarismo o el comunismo. Lo menciono porque alguna de la bibliografía que se ha desarrollado en nuestro país frente a este tema, repasa esos sistemas. Por ejemplo, Eduardo Rivera López considera que existen dos principales posturas de las que se desprenden todas las demás: el consecuencialismo y el deontologismo.⁴⁸ Guillermo Rafael Cantú Quintanilla considera cuatro: las teorías utilitarias, liberales, igualitarias y

⁴⁶ Dieterlen, Paulette. “Bioética y justicia distributiva” en Juliana González, Juliana y Linares, Jorge (coords.). *Diálogos de bioética: nuevos saberes y valores de la vida*. UNAM, FFyL, FCE, México, 2013, pp. 354-367

⁴⁷ *Ibid.*, p. 366

⁴⁸ Rivera López, Eduardo. *Op. Cit.*, p. 24

comunistas.⁴⁹ El problema que observo al presentar de inicio el catálogo de posturas filosóficas es que genera la impresión de que podemos escoger de antemano alguna, o que la reflexión filosófica debería enfocarse inicialmente en definirse por alguna. Desde mi punto de vista, y siguiendo a Rawls, la estipulación de un sistema filosófico para derivar de él sus posibles aplicaciones, genera conflictos importantes, como la cancelación de las convicciones particulares de justicia. Dicho así parece más una imposición que un acuerdo. Rafael Cantú realiza un procedimiento similar, en su tesis doctoral ocupa el primer capítulo para estudiar el concepto de justicia y las distintas teorías de justicia.⁵⁰

Si concedemos junto con Dieterlen que los méritos que se encuentran en el discurso de Rawls realmente son méritos y que nos pueden ayudar a esclarecer el papel de la justicia en la sociedad, veremos que la tradición que comienza el filósofo estadounidense es importante tanto para tematizar problemas como el de trasplante de órganos y bioéticos en general. Sin embargo, si recordamos las posturas de los autores que he presentado, salta a la vista un problema recurrente, a saber, la relación entre principios morales y su aplicación, ya sean convenciones compartidas o conclusiones filosóficas. No es claro qué se debería tomar en cuenta y qué no, y aunque se destine un terreno exclusivamente político al problema, existirán valores que modifican dicho terreno. El equilibrio reflexivo de Rawls, las máximas o paradigmas de Jonsen, y el análisis del lenguaje de Stevenson enfrentan el problema.

2.2 La postura bioética clásica como respuesta al mismo problema.

En los inicios de la bioética, la tensión entre las máximas morales y su aplicación se intentó resolver a través de la postulación de cuatro principios: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia. Por supuesto me refiero al libro clásico de James Childress y Tom Beauchamp: *Principles of Biomedical Ethics*.⁵¹ En este texto se sostiene la necesidad de basarse en cuatro principios básicos con el fin de resolver los dilemas éticos que surgen en la atención médica. Para tener alguna idea del contenido de este texto, con respecto al

⁴⁹ Cantú Quintanilla, Guillermo Rafael. *Justicia distributiva y trasplante renal*. Tesis que para obtener el grado de Doctor en Ciencias. UNAM, México, 2009, p. 6 <http://132.248.9.195/ptd2009/octubre/0650582/Index.html> (página consultada el 27 de Enero de 2014)

⁵⁰ *Ibid.*, p. 11

⁵¹ Beauchamp, Tom L and Childress, James F. *Principles of biomedical ethics*. 4th Ed. Oxford University Press, New York, 1994, 546 pp.

tema de la justicia distributiva y su aplicación, es necesario tener en cuenta que los principios propuestos en la primera edición han ido modificándose. En dicho texto se incluye un capítulo intitulado: *El principio de justicia* (desde ahora, *EPJ*). Aunque también se publicó un artículo de Beauchamp, después de 24 años de la publicación de su texto con Childress, en donde se puede observar su postura respecto al tema de la aplicación de *EPJ*.⁵²

En cuanto al primer texto no encontramos una exposición de “el principio”, o aquello que los autores propongan como juicio universal y que sea necesario especificar su función en cada caso. En vez de ello se mencionan las condiciones de posibilidad de los distintos principios de justicia. En primera instancia se menciona el principio de justicia formal, que no provee criterio alguno, ya que puede ser reducido al enunciado: “iguales tienen que ser tratados igualmente”.⁵³ Para que se considere un criterio de distribución, es necesario adjudicarle un contenido. Los autores enumeran 6: igualdad distributiva, necesidad, esfuerzo, contribución, mérito y relaciones de libre mercado.⁵⁴ Tengan o no razón en mostrar cómo se construyen los criterios de distribución, marcan un hito para pensar estos problemas, siendo que ellos no se comprometen, al menos en este apartado, por una postura, incluso tampoco en la manera en cómo se deben aplicar dichos criterios. Los autores lo aceptan y expresan de este modo:

Estos casos [1] Una madre que necesita un riñón para sobrevivir y tiene dos hijos que son compatibles, una hija de 14 años y un hijo de 35 con deficiencia mental. 2) Investigar la cura de la hepatitis en una institución de niños con deficiencia mental.] y cuestiones ilustran cómo los principios abstractos de justicia sólo pueden proveer líneas indeterminadas cuando se deben tomar acciones específicas, por lo tanto, se necesita un argumento moral adicional para corregir las propiedades relevantes, con la finalidad de elaborar un juicio razonado. Este problema ocurre frecuentemente cuando hay demandas morales conflictivas y no existe preferencia por propiedades específicas.⁵⁵

No obstante, Beauchamp y Childress mencionan algunas recomendaciones para la aplicación o asignación. En el discurso se distinguen dos etapas en el proceso: macro-asignación y micro-asignación, esta distinción es retomada del artículo, *The Allocation of Exotic Medical Lifesaving Therapy*, de Nicholas Rescher.⁵⁶ En la primera se consideran

⁵² Beauchamp, Tom L. *Methods and principles in biomedical ethics*. Journal of Medical Ethics 2003; Vol. 29, No. 5, pp. 269- 271 <http://jme.bmj.com/content/29/5/269.full> (página consultada el 27 de Enero de 2014)

⁵³ Beauchamp, Tom L and Childress, James F. *Op. Cit.*, p. 259

⁵⁴ *Ibid.*, p. 261

⁵⁵ *Ibid.*, p. 264

⁵⁶ Rescher, Nicholas. *The Allocation of Exotic Medical Lifesaving Therapy*. The University of Chicago Press, 1969, Ethics, Vol. 79, No 3, pp. 173-186.

candidatos todas las personas que sean consideradas para recibir esta terapia médica, los criterios son 3: 1) El factor de circunscripción: los trasplantes se realizan de manera institucionalizada, por tanto la asignación debe provenir de lo que decida la institución, ésta puede ser geográfica o por distinción social, como lo sería un hospital militar. 2) El progreso de la ciencia: cualquier persona que ofrezca su organismo para realizar experimentos científicos tendría un lugar de inclusión. 3) La expectativa de éxito: la posibilidad de que la terapia médica restituya la salud del paciente.

Estos criterios son muy debatibles, igualmente en la micro-asignación se estipulan criterios que no resultan claros. En *EPJ* se sostiene que la aproximación a un criterio de asignación justo debe enfocarse en el criterio *triage*⁵⁷, seguido de la oportunidad y la espera⁵⁸. Cabe enfatizar que se trata de una aproximación, no de una norma. Por su parte Rescher concluye de manera tajante que no puede existir un sistema normativo único para responder a tales cuestiones, aunque sí se pueden considerar algunos elementos.

Debo mantener que no hay tal cosa aquí como un solo sistema de selección racionalmente superior. La posición de estos asuntos me parece algo así: (1) Es necesario (debido a las razones ya sondeadas) *tener* un sistema, y tener un sistema que sea defendible racionalmente, 2) este sistema debe tener en cuenta de manera substancial y explícita los factores A-E [A) Relativa expectativa de éxito, B) Expectativa de vida futura, C) Rol familiar, D) Contribuciones sociales realizadas, E) Causar contribuciones sociales]. Pero (3) la manera exacta en la que un sistema defendible racionalmente toma en cuenta estos factores no puede ser fijado de ninguna manera específica, en el sentido de las consideraciones generales.⁵⁹

Tanto el criterio *triage*, como los propuestos por Rescher están imbricados de problemas filosóficos que se encuentran mediados por principios morales, creencias, convenciones y política. Al parecer, el problema es recurrente, incluso cuando se trata de determinar un principio moral o una guía de acción, las condiciones del caso son cruciales para pensarlo de manera teórica. En los próximos capítulos analizaré con mayor detalle estos criterios. Por ahora concluiremos este apartado con lo que escribió Tom Beauchamp 24 años

<http://www.jstor.org/pbidi.unam.mx:8080/stable/pdfplus/10.2307/2379841.pdf?acceptTC=true>. (página consultada el 27 de Enero de 2014)

⁵⁷ En este criterio se prioriza la atención médica a aquellos pacientes cuyas lesiones deriven eventualmente en la pérdida de la vida –nunca se toma en cuenta otro criterio, como el status social, o el mérito–. Para asignar la atención se divide la urgencia en cinco escalas que varían de acuerdo a las políticas del hospital. Para conocer algunos de estos criterios, véase: McMahon, Margaret M. *Emergency: ED Triage*. The American Journal of Nursing, 2003, Lippincott Williams & Wilkins, Vol. 103, No. 3, pp.61-63 <http://www.jstor.org/pbidi.unam.mx:8080/stable/pdfplus/10.2307/29744991.pdf?acceptTC=true> (página consultada el 27 de Enero de 2014)

⁵⁸ Beauchamp, Tom L and Childress, J. *Op. Cit.*, p. 301

⁵⁹ Rescher, Nicholas. *Op. Cit.*, p. 182

después de que se publicara el texto de 1979. Esto con el fin de argumentar sobre la dificultad de encontrar un principio moral definitivo. Básicamente, el autor expone cuatro puntos: 1) Los 4 principios de ética biomédica son, metodológicamente, juicios considerados (*considered judgments*). 2) Estos principios deben ser especificados en un contexto determinado. 3) Los paradigmas, entendidos desde la casuística, son fuentes de autoridad en decisiones dilemáticas. 4) La manera de analizar los casos es diversa, el argumento filosófico no es la única manera de tratar el caso, por tanto no hay una solución única, sin que ello demerite el rigor y la oportunidad de crítica.⁶⁰ Una vez enumerados estos puntos Beauchamp analiza tres escenarios: El caso “estándar” del testigo de Jehová, el caso del hijo de un testigo de Jehová y la política de venta de riñones para trasplante. Es curioso observar que el autor se enfoque más en casos concretos que en una larga exposición de alguna teoría de justicia. Aunque tampoco es posible decir, bajo este artículo, que Beauchamp haya cambiado de postura, ya que sigue considerando los principios, en un sentido restringido, como herramienta fundamental para el análisis de casos concretos. A mi juicio, sólo exhibe la conclusión que dejó pendiente en *EPJ*, a saber, que pueden existir juicios que sean necesarios para considerar una acción de manera ética, sin embargo estos juicios no se pueden considerar racionalmente superiores, pues varían dependiendo el caso. Es decir, la tarea de encontrar “el principio de justicia” es imposible. La misma conclusión a la que llegó Rescher 34 años antes.

Tomando lo anterior en cuenta se puede observar que el problema de la aplicación no se resuelve hasta que se explicita cómo, cuándo y bajo qué circunstancias se aplica. Por lo tanto, una vez que tenemos presentes los medios (herramientas lógicas y el razonamiento casuístico o moral) podemos comenzar a abordar el tema desde nuestro contexto, pues aunque he mencionado algunos problemas en torno a la justicia distributiva, se ha hecho de manera general, no he hecho mención de ningún caso en particular, pues como menciona Dieterlen, el derecho a la salud es una norma programática,⁶¹ es decir, no se hace efectiva si no es a través de un programa del que se sirve el legislador. Parece entonces conveniente tratar el tema desde nuestra particularidad, al menos tomando en cuenta algunos datos de un hospital de la ciudad de México.

⁶⁰ Beauchamp, Tom L. *Op. Cit.*, p. 269-270

⁶¹ Dieterlen, Paulette. *Op. Cit.*, p. 365

3. LA DISTRIBUCIÓN DE ÓRGANOS EN MÉXICO

Eduardo Rivera López define trasplante de la siguiente forma: “Un trasplante es la trasposición de órganos, tejidos o células dentro de un mismo individuo o en uno diferente con el fin de reponer la función perdida o deficiente de órganos, tejidos o células”⁶² Dependiendo de la función de cada órgano se emplea una medida que sirve para determinar el nivel de cronicidad, por tal motivo no se puede hablar de la misma manera de cada órgano, cada uno exige sus propios criterios distributivos. No obstante, conviene aproximarnos en primera instancia de manera general al problema –ética de trasplantes– y después pasar a la parte específica –ética de trasplante de riñón–. En la primera se suele sistematizar los problemas que surgen en ella de la siguiente forma: 1) La definición de muerte, 2) la obtención de órganos y 3) la distribución de los mismos.⁶³ Desde mi perspectiva, los tres aspectos mencionados se encuentran relacionados inextricablemente, aunque cada uno muestra su particularidad. (1) La definición de muerte es un problema ético porque no es suficiente decir que ocurre cuando deja de funcionar el sistema cardiovascular, ya que puede seguir operando con un cerebro muerto. Esto se conoce como muerte encefálica; sin embargo, dado que aún no se conocen exhaustivamente los procesos cerebrales o mentales, no es posible determinar cuándo se da en efecto la muerte encefálica. Por lo tanto, la definición de muerte se convierte en una decisión más política que técnica o científica. El problema cala en la distinción entre cuerpo y mente, además del problema para determinar qué es la conciencia; pues en última instancia, el grado de conciencia de una persona es determinante para decir si está viva o muerta. De este modo, es posible que la necesidad por obtener un órgano pueda influir para decidir sobre el estatus del paciente. Este aspecto muestra la manera en que incide la ética en la obtención de órganos (2). Además puedo mencionar algunos más, por ejemplo, el problema de respetar la voluntad de la persona una vez fallecida. En efecto, si una persona decide en vida no donar y hace los trámites correspondientes ¿Estamos obligados a respetar su decisión pese a que la vida de otra persona esté en riesgo? o ¿Cómo decidimos quién recibe un órgano de donante fallecido y uno de donante vivo? En el último punto (3) es donde surgen la mayor cantidad

⁶² Rivera López, Eduardo. *Ética y trasplantes de órganos*. IIF, FCE, México, 2001, p. 9

⁶³ La aprehensión sistemática se justifica y construye en Veatch, Robert. *Op. cit. Transplantation Ethics*. Georgetown University Press. Washington, D.C. 2000, 413 pp.

de problemas éticos: la edad, la esperanza de vida, el valor social, la urgencia, etc., son ejemplos de ello. Todos ellos se tratarán en el último capítulo de manera detallada. Nos parece que con estas consideraciones iniciales se puede observar que el papel de la ética es importante en la distribución de órganos y teniéndolos presentes se puede exponer el caso particular de nuestro país, esto con el fin de observar tanto la parte práctica como teórica de estos problemas éticos.

En México el proceso de asignación de un órgano o tejido compete a la Secretaría de Salud,⁶⁴ misma que se apoya en el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) y en el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS). En cuanto a la homologación del proceso de asignación de órganos por Estados, la Ley General de Salud menciona que las entidades federativas deben presentar sus programas de trasplantes ante el CENATRA (Art. 314 Bis). De acuerdo con este artículo el CENATRA coordina a nivel nacional dependencias, entidades de administración pública, programas, mecanismos de vinculación, personas físicas y morales relacionadas con los trasplantes, mismos que conforman el Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes (SNT). Pareciera entonces que la Ley le otorga libertad absoluta al CENATRA para homologar el proceso de trasplante de manera normativa; sin embargo, esto no es del todo correcto, principalmente por dos razones. En primera instancia, la misma ley pide que exista un Comité Interno de Trasplante (CIT) a cada establecimiento donde se realicen trasplantes (Art. 316); es importante mencionarlo porque estos comités son los responsables de seleccionar los donadores y receptores de cada trasplante, basándose en lo que establezca la misma ley. Lo anterior nos lleva inevitablemente a preguntar: ¿Qué exactamente establece la ley? El artículo 336 parece ser el más explícito.

Para la asignación de órganos y tejidos de donador no vivo, se tomará en cuenta la gravedad del receptor, la oportunidad del trasplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el receptor y los demás criterios médicos aceptados, así como la ubicación hospitalaria e institucional del donador.

Cuando no exista urgencia o razón médica para asignar preferentemente un órgano o tejido, ésta se sujetará estrictamente a las bases de datos hospitalarias, institucionales, estatales y nacionales que se integrarán con los datos de los pacientes registrados en el Centro Nacional de Trasplantes.⁶⁵

⁶⁴ La jurisdicción se explica en Título Décimo Cuarto: Donación, Trasplantes y Pérdida de la vida de la Ley General de Salud <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf> (página consultada el 08 de Octubre de 2013)

⁶⁵ http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf (página consultada el 08 de Octubre de 2013)

Para decir porqué este artículo no es tan explícito tomemos en cuenta el caso del riñón: El primer criterio recurre a la “gravedad del receptor” De acuerdo a Lisa Nanovic y Bryan Neil Becker, para justificar alguna terapia que sustituya las funciones del riñón es necesario tomar en cuenta el historial médico y la gravedad de la disfunción renal.⁶⁶ Si consideramos que cada historial médico es distinto a todos los demás, no hay necesidad de incluir este criterio, ya que la gravedad del receptor se observa una vez que se analiza el caso. Por otro lado, si tomamos en cuenta la gravedad de la disfunción renal, todos los riñones cuyo índice de filtración glomerular que se encuentren en la etapa 4 y 5 (sangre filtrada menor a 30 ml/min) se consideran casos graves. De este modo la ley tampoco sirve como criterio de asignación, ya que no se pueden remplazar todos los riñones dañados. En cuanto a las siguientes indicaciones: oportunidad de trasplante y beneficios esperados, ocupan afirmaciones y conceptos tan equívocos que se podría entender de muchas maneras, además de que la manera de exponer cada uno especifica ciertos problemas éticos y médicos. Por ejemplo, si la oportunidad del trasplante significa el tiempo de sobrevivida una vez trasplantado el injerto, se valora implícitamente la prolongación de la vida a costa de la calidad de la misma.

Como este ejemplo existen gran cantidad, no sólo en la distribución de órganos para trasplante, también en la investigación médica, en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, etc. Esta situación ha requerido la existencia de comités hospitalarios de ética, su historia comienza con el paradigmático caso de Karen Ann Quinlan⁶⁷, el primer paciente en estado vegetativo que polemizó una decisión judicial en los Estados Unidos. Desde entonces la investigación en bioética se concentra también en especificar la participación de los comités de ética. Los caminos para pensar esta tarea fueron publicados por Robert Veatch en 1977, y aunque han transcurrido varias décadas, los problemas que presentó pueden ayudarnos para caracterizar las dificultades propias de un comité hospitalario, y en especial uno que apoye en la distribución de órganos para trasplante. La vigencia de este discurso se hace patente en las cuatro tareas que les considera a los

⁶⁶ Nanovic, Lisa (*et. al.*). “Nontransplant Modalities of Kidney Replacement Therapy” en Knechtle, Stuart J and Morris, Peter J. *Kidney Transplantation, Principles and Practice*. Saunders Elsevier. Philadelphia, 2008, p. 46

⁶⁷ The Supreme Court, State of New Jersey. “In the Matter of Karen Quinlan” en Jecker, Nancy Ann S, *et. al.* (ed.) *Bioethics: an introduction to the history, methods, and practice*. Jones and Bartlett Publishers 3th edition, Sudbury, Massachusetts, 2007 pp. 70-80

comités hospitalarios, junto con sus respectivas dificultades: 1. Revisar cuestiones éticas y valorativas en las decisiones para el tratamiento de pacientes individuales: ¿Cómo se determina un tratamiento prescindible? Si únicamente el paciente puede aceptar o denegar un tratamiento ¿Cuál sería el fin de revisar las cuestiones éticas y valorativas de los pacientes? 2. Tomar decisiones éticas y políticas a gran escala: ¿Cuál es el marco ético y legal para que un hospital o institución realice experimentos? ¿Cómo se deben distribuir los recursos escasos de un hospital? 3. Asesorar (counseling): ¿A quién debe apoyar este comité, al paciente o al médico? ¿Hasta qué punto es aceptable la decisión del padre o tutor? 4. Diagnosticar: ¿La incidencia de distintos valores morales implica diferentes diagnósticos? ¿Cuándo se considera que el juicio del médico está comprometido?⁶⁸

Si en México no existe un criterio normativo claro para resolver las cuestiones aquí planteadas, la responsabilidad radica principalmente en lo que decida el CIT. Por lo que la atención se debería centrar en su manera de proceder, puedo comenzar presentando cómo está formado: un responsable sanitario, un grupo de médicos expertos, los coordinadores de donación y/o de trasplantes y por personal jurídico y administrativo.⁶⁹ Si nos atuviéramos a los artículos mencionados hasta ahora, el panorama legislativo carecería de una revisión fundamental, ya que la asignación de órganos para trasplante no se resuelve desde la medicina, del derecho o de la administración; como mencionaba al inicio, el problema se tematiza, al menos, desde la filosofía política y por supuesto, desde la ética.

La oportunidad de superar esa deficiencia se concibe, a mi juicio, desde dos reformas. 1) Art. 136⁷⁰: “El Comité Interno de Trasplantes deberá coordinarse con el Comité de Bioética de la institución en los asuntos de su competencia.” 2) Art. 41 Bis y Art. 98⁷¹: De acuerdo a esta ley los establecimientos dedicados a la atención médica, pertenecientes al sistema nacional de salud, deben contar con Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética (CHEB), los cuales deben ser interdisciplinarios: contar con médicos de

⁶⁸ Veatch, Robert M. *Hospital Ethics Committees: Is There a Role?* The Hastings Center Report. 1977, Vol. 7, No. 3, pp. 22-25
<http://www.jstor.org/pbidi.unam.mx:8080/stable/pdfplus/3560688.pdf?acceptTC=true&jpdConfirm=true>
(página consultada el 08 de Octubre de 2013)

⁶⁹ http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/sistema_nacional_comites_internos.html (página consultada el 08 de Octubre de 2013)

⁷⁰ Decreto 191.DOF 11-06-2009 <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/legis/reflx.htm> (página consultada el 08 de Octubre de 2013)

⁷¹ Decreto DOF: 14/12/2011 http://www.dof.gob.mx/ver_detalle.php?codigo=5224260&fecha=14/12/2011
(página consultada el 08 de Octubre de 2013)

distintas especialidades, y por profesionales de psicología, enfermería, trabajo social, sociología, antropología, filosofía o derecho con capacitación en bioética.⁷²

De manera general las anteriores afirmaciones parecen muy vagas, pero en el caso de la filosofía es particularmente problemático, ya que no es una ciencia que tenga un método o conocimiento determinado como la psicología o la enfermería. Es necesario decir qué se entiende por esta disciplina y cómo se le capacitaría en bioética a una persona con este tipo de formación. Y para hacer tal cosa es necesario decir también qué es bioética y como se relaciona con la ética. Pienso que es una oportunidad para involucrar más a la bioética en la distribución de los órganos, porque al hablar de ética se habla de valoraciones que difieren de los aspectos técnicos del derecho, etc. Es también oportunidad porque nuestra ley no especifica si el trasplante de órganos compete también al CHEB, y si fuese el caso, tampoco menciona cuál es la participación de cada profesional de las distintas disciplinas que lo conforman. Dirigiendo la atención a los artículos que he citado, las críticas y su oportunidad para superar las deficiencias, podemos vislumbrar una tarea ardua, ya que cada disciplina tendrá que justificar su participación en el CHEB, así como proponer sus métodos para deliberar multidisciplinariamente con las demás. Evidentemente no puedo abarcar esa tarea aquí, pero sí puedo especificar el quehacer de la bioética, sus métodos, la participación de la filosofía en ella y proponer las conclusiones como un aporte a dicha tarea, para que en un momento posterior se pueda establecer un diálogo con las demás disciplinas y a su vez se pueda encontrar la mejor decisión en un momento dado. Para ello es necesario comenzar por decir qué es la bioética y cuál es su situación en nuestro país.

3.1 La bioética en México.

En general, la bioética es una disciplina que conjunta el conocimiento de la ciencia con las reflexiones de los valores humanos. El antecedente más explícito se encuentra en el artículo

⁷² Si por ética entendemos la reflexión teórica de los métodos y principios morales y por práctica su aplicación en todos los casos, entonces la ley mexicana evade la ética. La inclusión del artículo 41 BIS y la reforma del artículo 98 a la Ley general de Salud suponen que no es necesario un principio moral. En todos los casos el comité interno de trasplantes decide de manera no normativa la asignación de órganos para trasplante. Por tanto, una de las tareas del profesional de la filosofía sería encontrar los principios y métodos más adecuados. Al decir que en esta tesis nos aproximaremos a este problema desde una ética casuística no quiere decir que abandonemos la idea de un principio moral, decir tal cosa soslaya el problema filosófico enmarcado en la relación entre teoría y práctica.

de Van Rensselaer Potter: *Bioethics: The Science of Survival*.⁷³ En éste se especifica la interacción entre la biología (fundamentada en la ecología) y los valores humanos; esto con el fin de sobrevivir en tanto especie que depende de un entorno, especificado como biológico, y eventualmente buscar mejorar la calidad de vida. Potter utiliza el término: sobrevivencia (survival), para dimensionar el daño que ha ocurrido en el ecosistema y su necesidad de cambio si se quiere seguir viviendo. De acuerdo con Potter, vivimos una era de especializaciones: las ciencias, ingenierías, tecnologías y la política no tienen contacto con el conocimiento que se encuentra fuera de su campo. Por tal motivo es necesaria una guía que nos conduzca hacia el futuro, y para ello es necesario empezar a valorar nuestros fines como especie.⁷⁴

El desarrollo del esfuerzo por hacer de la bioética una disciplina multidisciplinaria es extenso, pese a la novedad de la misma. Qué tanto podemos aportar a la investigación bioética, depende en gran medida de sus antecedentes, ya que en ellos se determinan principalmente problemas, métodos y objetivos. Esto implica que existan líneas de investigación delimitadas –en cierta medida – y con base en ellas se desarrolla un tipo de investigación institucionalizada.⁷⁵ En este sentido, soy consciente de la importancia de conocer los antecedentes de la bioética.⁷⁶

Sin embargo, reproducir las causas que le dieron origen no es suficiente, ya que la comprensión de la bioética va cambiando, tanto los objetivos originales y procedimientos para alcanzarlos se modifican constantemente. Por ejemplo, Potter pretendía que la bioética se hiciera de manera reduccionista y holística: no sólo explicar la biología en términos de moléculas (reduccionismo) sino hacerlo en conjunto con la ecología. “Debemos combinar el reduccionismo biológico y el holismo y entonces proceder hacia un holismo ecológico y

⁷³ Este artículo se incluye en el texto: Potter, Van Rensselaer. *Bioethics: Bridge to the future*. Prentice-Hall biological science series. New Jersey, 1971, p. 1-29

⁷⁴ *Ibid.*, p.2

⁷⁵ Para una historia del desarrollo de la Bioética en México, desde sus orígenes hasta su institucionalización: Vieyra Ramírez, Alejandra Judith. *Los inicios de la bioética en México*. Tesis que para obtener el título de Biólogo, UNAM, México, 2008, 72 p. <http://132.248.9.195/ptd2008/noviembre/0635604/Index.html> (página consultada el 21 de Enero de 2014)

⁷⁶ Un estudio histórico-sociológico que ordena las condiciones intelectuales, sociales y culturales del “origen” de la bioética se puede encontrar en Fox, Renée C and Swazey, Judith P. *Observing Bioethics*. Oxford University Press, Oxford, 2012, 388 p. <http://www.oxfordscholarship.com.pbidi.unam.mx:8080/view/10.1093/acprof:oso/9780195365559.001.0001/acprof-9780195365559> (página consultada el 21 de Enero de 2014)

ético si el hombre desea sobrevivir y prosperar.”⁷⁷ Aunque el autor marcó un antecedente primordial, no se incluía en su estudio las distintas disciplinas que ahora se incluyen en la atención médica, investigación, etc.

Para demarcar en alguna medida sus límites es conveniente enfocarse en el caso de nuestro país. Hasta hace pocos años en México se consideraba que únicamente los médicos contaban con las herramientas necesarias y suficientes para resolver un dilema ético. Esto no significa que los médicos podían descartar las demás disciplinas, sólo que en última instancia, únicamente ellos podían decidir. Los médicos podían tener un criterio para saber cómo aprovechar las distintas disciplinas que tenían a su alcance; en estricto sentido no había un diálogo interdisciplinario. La incidencia de la bioética en nuestro país es muy reciente; en 2000 se crea con carácter permanente la Comisión Nacional de Bioética y en 2002 el Colegio de Bioética A.C. (CB). Las dos reformas a la Ley de Salud que mencioné párrafos atrás fueron realizadas en 2009 y en 2011 respectivamente. En este sentido la novedad de esta disciplina en México hace más difícil hacerla del dominio público, incluido el SNT⁷⁸. Desde mi formación académica, el aporte que puedo hacer a la disciplina viene desde la filosofía, específicamente desde la ética. Sin embargo, tanto la filosofía como la ética no ostentan un conocimiento definido que sirva para especificar a la bioética, en última instancia, aquellas se identifican con problemas filosóficos, no con respuestas. Pese a esta situación, y como mencioné al inicio de este escrito, se puede considerar la importancia de estos problemas en tanto implican decisiones prácticas y específicas. En lo que sigue mostraré algunos problemas filosóficos que surgen al tratar de conjuntar a la ética con los dilemas que ocurren en la investigación, docencia y prácticas médicas de manera general, después analizaré los problemas en la particularidad de la justicia distributiva. Para ello es necesario comenzar por decir qué es filosofía y cuál es la relación con la ética, para analizar posteriormente su particularidad.

⁷⁷ Potter, Van Rensselaer. *Op. Cit.*, p. 10.

⁷⁸ En el presente capítulo presentaremos argumentos e investigación documental que indican que la presencia de un conocimiento de los problemas que aborda la bioética en nuestro país es muy escasa; por ahora podemos comenzar a dimensionar el problema que tenemos presentando una muestra: En el canal de videos de la CENATRA se ofrece un ejemplo de cómo sesiona el CIT para asignar un riñón de una persona que sufrió una muerte cerebral. En este video se muestra que el único criterio que se utiliza para decidir el receptor es el orden de la lista de espera. <http://www.youtube.com/watch?v=Xsllzveh66Y> (página consultada el 23 de Enero de 2014)

3.2 El personal de salud

Un aspecto importante a considerar en la terapia de trasplantes es el personal de salud, si es el caso que un comité de bioética participara en la distribución de órganos para trasplante, resta por preguntarnos acerca del papel que juega el personal de salud en tanto agentes con una visión moral determinada. Evidentemente no podríamos esperar que todo el personal involucrado en el proceso de donación y trasplante de órganos cuente con una postura filosófica-política que respalde su pensar y actuar. Sin embargo, debido a la importancia que ha tenido actualmente la bioética, las problemáticas éticas que subyacen a la atención médica no se obvian por completo. En efecto, los dilemas filosófico-políticos pueden ser comprendidos de manera general en tanto forman parte de la *praxis* –la atención médica–. Sin embargo, la profundización de estos temas se complementa con la reflexión teórica. En el caso de México esto no ha ocurrido, por ejemplo, el caso del Hospital General, Centro Médico Nacional “La Raza” HGCMNR.

Wendy Elizabeth Terrazas Pérez se dio a la tarea de evaluar los saberes en bioética en los médicos residentes del HGCMNR.⁷⁹ De inicio sabemos que la bioética, en tanto disciplina que recupera a la ética, no ofrece un contenido, sino que aborda dilemas desde su misma problemática; no los resuelve en un sentido absoluto. Por ejemplo, no basta con decir que los principios de la bioética son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Es importante decir porqué son principios, cómo operan, incluso la dinámica que existe entre ellos mismos. Por otro lado, también estoy consciente de los límites implícitos que se encuentran al interior de una estadística de un hospital. Aunque también este estudio puede dar algunas luces para observar cómo se enseña y evalúa la bioética y, por lo tanto, los criterios que actualmente se consideran para la distribución de órganos. Esto no significa que los médicos residentes evaluados sean los responsables de las decisiones de este tipo, pero sus opiniones nos acercan más al contexto que intentamos comprender.

De los reactivos que llaman la atención se encuentra, por supuesto, la caracterización de la ética y la bioética. Los reactivos 15 a 17 preguntan lo siguiente (se pide que se coloque verdadero o falso):

⁷⁹Terrazas Pérez, Wendy Elizabeth. *Evaluación de los saberes en Bioética en los médicos residentes del Hospital General, Centro Médico Nacional “La Raza”*. Tesis que para obtener el título de Especialista en Audiología, Foniatría y Otoneurología. UNAM, México, 2012, 62 p. <http://132.248.9.195/ptd2012/julio/510217651/Index.html> (página consultada el 27 de Enero de 2014)

El objetivo formal de estudio de la bioética es básicamente:

15. ___ el juicio sobre principios y valores entre las ciencias biológicas y el Derecho.
16. ___ el juicio acerca de valores y principios morales entre Biología y Antropología.
17. ___ el juicio de principios y valores entre ciencias biológicas, jurídicas y otras.⁸⁰

Los reactivos 85-90 preguntan lo siguiente:

La etapa Terminal de un paciente:

85. ___ exclusivamente es un diagnóstico del ámbito médico.
86. ___ siempre se trata de casos con padecimientos crónicos.
87. ___ implica principios filosóficos, morales y sociales.
88. ___ no se ve en niños o jóvenes.
89. ___ está al margen de las legislaciones en nuestro país.
90. ___ Procura considerar la autonomía del paciente como principio bioético.⁸¹

Quiero llamar la atención de estos dos grupos de preguntas porque, en el primero se nota que se pide un conocimiento muy básico de la bioética, incluso, en el caso que se posea, no garantiza que se comprenda la teoría de los valores y su relación con las ciencias. En cuanto al segundo grupo de preguntas, llama la atención porque los candidatos a recibir un órgano regularmente padecen una enfermedad terminal. La plena identificación de los elementos que se incluyen en la idea de etapa terminal es muy importante, pues define quién es candidato y quién no. Entonces, tanto la importancia de conocer el estudio de la bioética, como el concepto de etapa terminal son elementos fundamentales para la comprensión de la importancia de la bioética y de la asignación de órganos. Sin embargo la conclusión de este estudio no es esa, sino que de los 147 residentes (de todas las especialidades) que hicieron la evaluación, tuvieron un promedio general de 26.35%.⁸² Retomo esta conclusión para decir que no hace falta un criterio justificado bioética y filosóficamente para decidir quién recibe un órgano y quién no. Es un problema multifactorial, su análisis se modifica en la medida en que incluimos los factores de nuestro contexto.

En efecto, pareciera que por lo dicho, nuestros esfuerzos tendrían que dirigirse a resolver el problema de la desinformación que existe en los nosocomios. Sin embargo, para los efectos de esta tesis, dichos objetivos están fuera del alcance, tanto discursiva y materialmente. No por ello obvié tal problema, de hecho la intención de incluirlo tiene la intención de evidenciar una gran carencia en nuestro sistema de salud. En un sentido esta tesis puede leerse como una aproximación a las diversas posturas en ética que inciden en la atención médica, pero debido a los límites de la misma no podemos considerarla un

⁸⁰ *Ibid.*, p 54

⁸¹ *Ibid.*, p. 59

⁸² *Ibid.*, p. 9

manual para la asignación de órganos. Espero que para este momento del argumento se puedan ver con más nitidez los problemas filosóficos y la importancia del tema mencionado. También es importante notar que, además de la filosofía política y la ética, la ciencia en relación con ella tiene mucho que explorar. En el siguiente capítulo exploraremos este vínculo insoslayable.

CAPÍTULO II: CONCEPTOS Y PROBLEMAS FILOSÓFICO-MÉDICOS EN LOS TRATAMIENTOS QUE SUSTITUYEN LAS FUNCIONES DEL RIÑÓN.

En el capítulo anterior mencioné a grandes rasgos los problemas filosóficos y legislativos que inciden en la idea de una justicia distributiva en nuestro país. La oportunidad para que la bioética participe más en la asignación de órganos nos llevó a especificar la pertinencia de la ética en dicho discurso. Utilizando el argumento casuístico recuperamos varios temas que se encuentran en nuestro contexto, desde la generalidad de la filosofía moderna, hasta el sistema jurídico mexicano. Si en mi argumentación logré evidenciar los problemas filosóficos imbricados en la justicia distributiva de trasplantes, desde el contexto que explicamos, se podrá observar también que se necesita especificar aún más el problema, y por tanto, enfrentar otros problemas filosóficos. El nivel de análisis descenderá a la fisiología del riñón y algunos temas médicos y filosóficos que resultan importantes.

Otro de los problemas que salta a la vista con lo anterior es la relación entre lo médico y lo ético, o de manera más general, entre la ciencia y la filosofía. Desde el tema que nos ocupa, se ha dicho que los problemas que aborda la bioética necesitan de los conocimientos científicos circundantes.⁸³ Esta afirmación se hace patente al realizar la pregunta: ¿En qué medida determina la fisiología del riñón los criterios de su misma asignación? Plantear dicha pregunta es consecuencia del análisis del capítulo anterior, ya que en el campo de la bioética, la ética no puede estar discursivamente desligada de la ciencia, Potter nos hizo conscientes de ello. Sin embargo, es necesario observar que el sentido de la pregunta no se encuentra en la misma dirección que el discurso de Potter. Un sentido se refiere a que en la ciencia se produzca, enseñe y aplique con base en valores humanos racionales, esto con la idea de que los intereses personales de los responsables de conducir estos rubros no impidan la sobrevivencia de la especie y su entorno. En efecto, en el primer capítulo mencioné que la guía de acción que contemple valores humanos debe ser una relación entre lo abstracto o principios morales superiores y en lo concreto; es decir, los valores humanos buscados no se encuentran en un discurso filosófico-político aislado. En su lugar, pensamos que las características específicas de un caso en concreto nos ayudan a comprender y resolver mejor el problema. Otro sentido se da al pensar que la ciencia

⁸³ Rivera López, Eduardo. *Op. Cit.*, p. 11

implica una ética, un ejemplo en medicina es el criterio de la *triage*. Acorde a la información de la World Medical Association⁸⁴, este criterio se utiliza para atender a los pacientes en urgencias, cito el último punto del criterio ya que éste determina quién no será atendido y de qué depende:

e) pacientes cuya condición supera los recursos terapéuticos disponibles, que sufren de lesiones muy graves, tales como la irradiación o quemaduras en tal medida y el grado de que no se pueden salvar en las circunstancias concretas de tiempo y lugar, o casos quirúrgicos complejos que requieren una operación particularmente delicada que llevaría demasiado tiempo, lo que obliga a que el médico elija entre ellos y los demás pacientes. Estos pacientes pueden ser clasificados como "más allá de la atención de emergencia".⁸⁵

En este criterio se puede observar que la ciencia y la tecnología inciden directamente en quién se atiende y quién no, ya que es posible desarrollar el conocimiento científico para tratar la irradiación y quemaduras, o evitar cirugías complejas con procedimientos más simples, esto depende, por supuesto, del conocimiento y la tecnología disponible en ese momento. En caso de tenerlos, este tipo de pacientes no se encontrarían "más allá de la atención de emergencia". Este segundo sentido del vínculo entre ciencia y ética ha dado a pensar que exista el llamado "criterio médico", el cual puede pensarse como independientemente de todo juicio moral, ya que no depende del médico la tecnología que posea en un determinado momento para realizar su labor. La ciencia y tecnología, en todo caso, implicarían una forma de tomar decisiones.

Desde mi perspectiva, la idea de que el conocimiento científico es objetivo puede verse a la luz de la filosofía realista; en efecto, pensar en que las teorías científicas explican la realidad en sí es decir que el conocimiento científico tiene el acceso a la verdad, y que por tanto, es conveniente que se utilice. Por tanto, el sustento filosófico de un criterio médico que se supone objetivo, bien puede encontrarse en una los supuestos del realismo científico. Tomando esto en cuenta dividí el capítulo en dos. *En la primera parte expondré algunos conocimientos científicos que rodean el riñón, sus enfermedades, tratamientos y los criterios más comunes de distribución. En la segunda parte trataré de mostrar que el sustento científico que ostenta el criterio médico no es suficiente para la distribución de*

⁸⁴ La Asociación Médica Mundial (WMA por sus siglas en inglés) es una organización internacional que representa a los médicos. Fue fundada el 17 de septiembre de 1947, cuando los médicos de 27 países diferentes se reunieron en la Primera Asamblea General de la AMM en París. La organización fue creada para asegurar la independencia de los médicos, y para trabajar por los más altos estándares de conducta ética y el cuidado por los médicos, en todo momento <http://www.wma.net/en/60about/index.html> (página consultada el 31 de Enero de 2014)

⁸⁵ <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/d7/> (página consultada el 31 de Enero de 2014)

órganos. La manera de hacerlo será a través de la tematización del problema de la valoración de la calidad de vida. La premisa fundamental será que la enfermedad y la salud no forman una dicotomía identificada de manera científica, sino que la enfermedad es considerada un malestar porque se valora como pérdida o sufrimiento. Para tratar la dicotomía enfermedad/salud me apoyo en Mario Bunge, mientras que para la valoración de la enfermedad en John Rawls y Gerald Cohen. Hacerlo de este modo sirve para preparar el terreno del siguiente tema, es importante conocer datos técnicos del riñón porque así se comprende mejor las terapias y las exigencias para restablecer su funcionalidad, y se evita hablar en términos muy generales, como la enfermedad; en su lugar se hablara de insuficiencia renal, diabetes, hemodiálisis, etc. Tratar la valoración de las enfermedades del riñón en este capítulo servirá como punto de partida en las reflexiones que siguen y que conformaran la parte medular de la tesis.

1. EL CRITERIO MÉDICO

Para introducirnos al tema, es posible traer a colación la definición que ofrece Eduardo Rivera:

Consideraré que un determinado tipo de información (médica o no) se transforma en un *criterio médico* de decisión cuando esa información se utiliza con vistas a adoptar una medida terapéutica que previsiblemente beneficiará al paciente. [...] Los criterios estrictamente médicos son, por lo tanto, siempre referidos a un paciente determinado, y la evaluación médica consiste en un balance costo y beneficio de una medida terapéutica (o conjunto de medidas) referido solamente al paciente en cuestión, y no en una comparación entre pacientes.⁸⁶

Tomando en cuenta esta definición parece que de inicio no se podría utilizar ningún criterio médico para llevar a cabo la asignación de un riñón, ya que la asignación, en todo caso, es una discriminación entre varios candidatos. Se comparan pacientes con base en criterios, y si el criterio sólo opera con un paciente determinado, éste no resulta útil en el proceso. Por otro lado, en la misma definición se utilizan las nociones de costo y beneficio. Si tomamos en cuenta la ideas modernas que hay detrás de ellas, específicamente la ventaja personal que se obtiene al ser parte de la sociedad, el balance costo-beneficio depende de lo que el paciente valore como ventaja; es decir, para medir el resultado neto es suficiente con tomar en cuenta el placer que le trae el implante. Sin embargo, dichas nociones son más filosóficas que modernas, en estricto sentido no es posible obtener un balance costo-

⁸⁶ Rivera López, Eduardo. *Op. Cit.*, p. 120. Las cursivas son del autor.

beneficio exhaustivamente, de otra manera esperaríamos que no existiera ningún evento inesperado, por ejemplo, factores psicológicos, sociales, ambientales, etc.

Rivera López hace énfasis en que los criterios médicos no son suficientes para establecer un criterio de asignación, para explicarlo se sirve de los criterios utilitaristas y deontológicos. De este modo divide su análisis en dos partes, en la primera explica los siguientes criterios desde una perspectiva médica: edad, urgencia, compatibilidad, la probabilidad de obediencia y las condiciones postrasplante; en la segunda parte explica los mismos desde las perspectivas utilitarista y deontológica. Tal vez si concentramos la atención en la primera parte de su análisis, podríamos especificar un poco más su definición, ya que no es claro cómo opera una discriminación entre varios candidatos cuando sólo se establece el balance costo-beneficio de un solo paciente. Pero pasa al contrario, su argumentación defiende que no hay un criterio médico bien definido y por tanto, su aplicación es tan arbitraria como escoger una postura filosófica de antemano sin explorar el contexto. De manera introductoria nos dice lo siguiente:

No existe acuerdo total en la comunidad médica acerca de cuáles son los casos en los que existe la indicación médica de trasplante. Es decir, no existe acuerdo completo acerca de cuándo un trasplante representará previsiblemente un beneficio neto para el paciente.⁸⁷

Cuando dirige la atención hacia los criterios médicos, menciona que la edad en tanto criterio médico, se ha flexibilizado; en la urgencia se menciona que este criterio tiene más peso que cualquier contraindicación; en la compatibilidad se concluye que no existe acuerdo en su relevancia, en el caso del riñón, algunos médicos opinarán que la situación del paciente es idónea para el trasplante y otros preferirán continuar con la diálisis; ya por último se explica la probabilidad de obediencia y las condiciones postrasplante. Muy posiblemente este criterio sea el que demuestre más su limitación para ser un criterio médico, ya que no es posible de ninguna manera conocer si el paciente obedecerá el tratamiento postrasplante, la conclusión a la que llega el autor es que este criterio sólo juega un papel marginal y es utilizado por médicos en casos muy extremos.⁸⁸

Tal vez la respuesta, con base en la crítica del texto de Eduardo Rivera, no es posible encontrarla en los ejemplos de “criterios médicos” (urgencia, compatibilidad, etc.), ya que su clasificación responde a una estructura que impide el acceso al concepto de “criterio médico”. En mi opinión existen problemas filosóficos al interior de este concepto,

⁸⁷ *Ibid.*, p. 121

⁸⁸ *Ibid.*, p. 137

y su especificación determina la perspectiva con que se analice. A su vez, las conclusiones de esta manera de proceder se pueden reflejar en una ley mal elaborada. En efecto, en el capítulo anterior hacía mención de la imprecisión de los enunciados contenidos en la ley mexicana. En ese momento se lanzaron algunas preguntas que intentaban criticar su falta de especificidad, sin embargo, la atención se encontraba más en la normatividad y los métodos para aplicarla hablando de manera general. Es tiempo de que ahora abordemos con más atención la consigna fundamental de dicha Ley: tomar en cuenta los criterios médicos aceptados. Espero hacer notar que la importancia de precisar, qué se entiende por criterio médico y los problemas filosóficos que implican su aceptación o negación se reflejan, tanto en la normatividad de una ley, como en un análisis conceptual inacabado. La crítica necesariamente conduce al inicio. ¿Qué es un criterio médico? ¿Cuáles son los problemas filosóficos que implica? La medicina, en tanto parte de las ciencias médicas, se fundamenta en el modelo de investigación científica; es natural recurrir a los conocimientos que ostenta como referencia obligada en la distribución de órganos para trasplante. El caso del riñón es el siguiente.

1.1 Anatomía y fisiología del riñón

La anatomía del riñón es el conjunto de partes y nombres que se le da al órgano. En la siguiente imagen se muestra un riñón unipapilar, forma común en los mamíferos pequeños, como el ser humano.

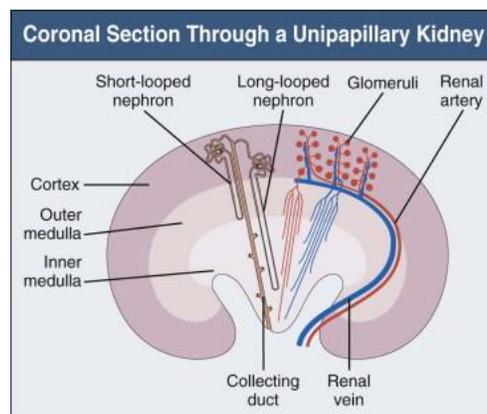


Figura 1.1⁸⁹

⁸⁹ Wilhelm Kriz, Marlies Elger. *Comprehensive Clinical Nephrology* [image]. Elsevier, 2010. License number: 3364010758838

La fisiología es el conjunto de procesos que éste lleva a cabo. El ser humano necesita un balance entre los líquidos intra y extracelulares, el agua, sangre, electrolitos y otros solutos deben tener un nivel adecuado para que el pH de la sangre esté regulado, los músculos y el cerebro funcionen de manera adecuada. Este proceso se realiza gracias a los 3 procesos principales del riñón:

- (1) La filtración de la sangre, desde glomérulo para formar un ultra-filtrado de plasma en el espacio de Bowman.
- (2) reabsorción selectiva (desde el fluido tubular hacia la sangre) a través de las células en línea del túbulo renal, y
- (3) secreción selectiva (desde la sangre de los capilares peritubulares hasta el fluido tubular).⁹⁰

El estudio de la normalidad de los procesos del riñón es llevado a cabo por la nefrología, una subespecialidad de la medicina interna. Para darnos una idea de la importancia de conocer la anatomía del riñón y su relación con el tema de su distribución pongamos un ejemplo. La unidad estructural y funcional del riñón es el nefrón. En términos llanos, significa que la purificación del plasma sanguíneo es llevada a cabo principalmente por un conjunto de nefrones. De acuerdo al rango de normalidad anatómica del riñón, su número varía entre 1 000 000 y 1 300 000. Teniendo en cuenta que una disfunción renal deteriora paulatinamente el órgano, aquellas personas que tengan mayor cantidad de nefrones alargarán más su tiempo de vida. Por tanto podrán resistir más tiempo en la lista de espera, lo que quiere decir que bajo el criterio de urgencia, podrá ser relegado justificadamente. Su constitución orgánica, en conjunto con la idea de igualdad lo hubiera decidido. Las propiedades anatómicas son esenciales para comprender el problema en su conjunto. Para discriminar entre todo el conocimiento biológico del riñón me enfocaré en la insuficiencia renal y al mismo tiempo expondré el conocimiento que tenemos disponible de las propiedades anatómicas y fisiológicas del mismo, esto me permitirá hablar de algunos ejemplos que destacan los problemas que aquí vengo trabajando.

1.2 Insuficiencia renal (IR)

Para que los riñones puedan filtrar la sangre, la reabsorban y secreten fluidos no necesarios es indispensable que se encuentren en buen estado. Se denomina IR cuando el riñón no

⁹⁰ Shirley, David G and Unwin, Robert J. "Renal Physiology" en Floege, Jürgen, *et. al.* (ed.) *Comprehensive clinical nephrology*. 4th Ed. Saunders/Elsevier, Philadelphia, Pennsylvania, 2010 pp. 15-28. <http://www.sciencedirect.com.pbidi.unam.mx:8080/science/book/9780323058766> (página consultada el 11 de Febrero de 2014)

realiza alguna de estas funciones, empero, existen varias causas para que esto ocurra, cuando el daño proviene del órgano mismo se le puede llamar IR, cuando el daño proviene de otro órgano o sistema se considera extrarrenales. Por ejemplo, si un paciente tiene insuficiencia cardiaca acarreará hipoperfusión renal, el filtrado de sangre será menor, pero no debido a una falla del riñón sino del corazón. El síntoma en este caso es la reducción del nivel de orina, ya que el riñón compensa la falta de fluidos. Es importante tomar en cuenta esta aclaración porque en cuestión de trasplantes, los candidatos pueden discriminarse por el tipo de falla renal, ya sean extrarrenales o por enfermedades que afectan al órgano en cuestión.

El parámetro de funcionalidad ha sido definido con base en 5 etapas, éstas se determinan por la cantidad en que la sangre se filtra por los capilares glomerulares, la escala se encuentra entre menor 90 ml/min y mayor a 15 ml/min.⁹¹ Sin embargo, de acuerdo a la etiología patológica del riñón, una disminución en la funcionalidad del riñón no implica necesariamente disminución progresiva. Tal es el caso de la Insuficiencia renal aguda (IRA). La IRA es una condición reversible, los biomarcadores como la hiperkalemia (exceso de potasio en la sangre), alteración de electrolitos, acidosis metabólica (incremento de la acidez en la sangre) y uremia (enfermedad sistémica ocasionada por una mala filtración de la sangre) tienen tratamientos que previenen futuras complicaciones.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es un conjunto de enfermedades que causan el deterioro progresivo del riñón.⁹² Una de las propiedades importantes de este órgano es su capacidad de adaptación, cuando existe una IRC el riñón compensa la necrosis parcial del órgano con la parte funcional, manteniendo los niveles de filtración plasmática en escala normal. Cuando se detecta IRC y los niveles de filtración descienden hasta los 30 ml/min, entonces se considera que el riñón ha entrado en la etapa 4 de la insuficiencia, su capacidad adaptativa es sobrepasada por la cronicidad de la enfermedad, en esta etapa el riñón pierde su funcionalidad y toda célula, tejido, órgano está comprometido. Llegado a este punto se habla de insuficiencia renal terminal (IRT).

⁹¹ Nanovic, Lisa; Becker, Bryan. *op Cit.*, p. 33-47

⁹² Bárcena Villegas, José Antonio. "Síndromes de insuficiencia renal" en Bárcena Villegas, José Antonio y Colchero Garrido, Carlos Francisco. *Introducción a la nefrología*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Dirección General de Fomento Editorial, México, 1999, p. 56

Cabe recalcar que el esbozo mostrado aquí es mínimo en comparación con todos los elementos que intervienen en la fisiología y etiología del riñón, existen numerosas complicaciones y parámetros para definirlos. Para los efectos de esta tesis es suficiente con lo mostrado hasta aquí, ya que, a mi juicio, con estos datos ya es posible realizar una argumentación más completa. Un aspecto que también se tiene que someter a consideración son las causas de la insuficiencia renal. Para hacer evidente la dificultad que conlleva la discriminación entre candidatos, relacionando los criterios médicos con los criterios éticos pensemos en la diabetes mellitus tipo 2, DM2. De manera general, esta enfermedad se caracteriza por el defecto en la secreción y resistencia de la insulina o en ambos.⁹³ Uno de los órganos más afectados por este defecto es el riñón, este padecimiento se le conoce como, nefropatía diabética (ND). Pongo de ejemplo la DM2 porque esta enfermedad es la primera causa para solicitar un trasplante de riñón. El aspecto central son las causas de la DM2, se puede ocasionar por herencia, el gen de la insulina presenta deficiencias, también se puede ocasionar por la edad, la obesidad, la inactividad física. En el caso en que se conociera la causa de la enfermedad, ya sea provocada o heredada, qué persona recibiría el riñón entre dos pacientes con IRT, ¿La persona sedentaria o la que tiene una anomalía genética? Para hacer la cuestión más complicada pensemos que la persona sedentaria es un investigador científico en activo y la persona sedentaria es agente de seguros. La decisión no es tan fácil. Al menos hasta este momento se puede observar que la fisiología, la etiología y los biomarcadores no nos dan criterios para la distribución del riñón.

1.3 Tratamientos

Existen diversas terapias que sustituyen las funciones del riñón, en mayor o menor medida, todas ellas permiten que el paciente que sufre de IRC se recupere, evitando así la IRT. Sin embargo, existen dos diferencias importantes entre las que sustituyen las funciones del riñón de manera artificial y las que consideran un trasplante, empero, ambas inciden directamente en la manera en que los injertos se distribuyen. Esto se debe a que las primeras se pueden realizar una vez que se detecte el problema. De este modo esta terapia

⁹³ Bárcena Villegas, José Antonio. “Nefropatías secundarias a otros padecimientos” en Bárcena Villegas, José Antonio y Colchero Garrido, Carlos Francisco. *Op. Cit.*, p.123

no presenta problemas de distribución distintas a cualquier otra mercancía. Surge el problema ético de discriminar quién recibe el trasplante y quién continúa con la terapia “artificial”. Para comprender un poco en qué consiste esta decisión debemos revisar, al menos de manera general, en qué consisten estas terapias: Existen principalmente tres tipos: Diálisis (D), hemodiálisis (HD) y trasplante (TR). La diálisis tiene tres subtipos: 1) Diálisis peritoneal (DP): la filtración se lleva a cabo por el peritoneo, el proceso es posible por el equilibrio entre una a dos bolsas de solución de electrolitos con glucosa y las toxinas. 2) Diálisis peritoneal intermitente (DPI): con respecto a la anterior sólo cambia la regularidad, 25 a 30 bolsas de solución cada semana durante 24 y 48 horas. 3) Diálisis peritoneal crónica (DPC): se realiza de forma permanente, la solución sólo se retira para sustituirla. En la HD, el proceso de filtración se realiza en un riñón artificial fuera del organismo. En realidad se trata de un proceso más exacto que el anterior, un flujómetro regula la solución dialítica y la sangre.

El caso del trasplante es, además de un proceso médico dependiente de biomarcadores, una terapia que requiere el riñón de otra persona. La manera en que se obtiene es parte también de la justicia distributiva. Para mostrar algunos de los principales problemas de este proceso es necesario hacer algunas precisiones. Según la procedencia del injerto y su colocación se definen los siguientes términos. Autoinjerto: órgano proveniente y colocado en el propio sujeto. Isoinjerto: órgano proveniente del gemelo idéntico. Aloinjerto (homoinjerto): órgano proveniente de la misma especie; dentro de esta categoría se encuentran el trasplante entre donadores vivos y, entre uno vivo y uno cadavérico. Xenoinjerto: órgano proveniente de diferente especie.⁹⁴ Los autoinjertos son regularmente de huesos, piel, arterias, etc. Este tipo de trasplante sólo presenta problemas de justicia distributiva en tanto requiere de recursos para llevarse a cabo, médicos especializados, hospitales, etc. Por tanto no presenta dilemas específicos de la ética de trasplantes. Estos casos, en términos generales, implican la reorganización de las partes

⁹⁴ La clasificación de esta tabla se ha modificado del texto: Colchero Garrido, Carlos Francisco. “Terapia de remplazo renal” en Bárcena Villegas, José Antonio y Colchero Garrido, Carlos Francisco. *Op. Cit.*, p.182. La diferencia radica en una división adicional en el rubro de, donaciones entre sujetos vivos. En el texto de Colchero, se divide, donador vivo relacionado genéticamente –pariente–, y donador vivo no relacionado genéticamente, sólo emocionalmente. La peculiaridad de esta división es la cláusula “sólo emocionalmente” esta clasificación implica que no puede existir una donación entre personas que no estén relacionadas emocionalmente. Es decir, es normal que el dogma moderno no permita una apertura de ese tipo. Debido a que este trabajo no pretende, en la medida de lo posible, ser dogmático no incluimos tal división.

para que el todo tenga un mejor funcionamiento. Como dije, el resultado neto absoluto es impredecible, pero se lleva a cabo por la experiencia en casos similares. Las grandes dificultades provienen de las demás categorías.

Considero que el abordaje de las problemáticas en cada uno de estos es sumamente difícil. Ya observamos algunas de las principales características de la fisiología del riñón, también expuse mi punto de vista cuando se piensa un dilema ético. Si logré hacer evidentes algunos límites de estos temas, se notará que es imposible abarcarlos todos en un solo texto.

2. ANÁLISIS FILOSÓFICO DEL CRITERIO MÉDICO

Desde mi perspectiva, la idea de un criterio médico está unida inextricablemente a los aspectos filosóficos de la medicina, estos son, enfermedad, diagnóstico, droga, terapia, normalidad, etc. Cada uno de ellos requiere de un análisis que especifique su significado y alcance. De este modo, un problema que puede servir de eje para el tema de los trasplantes es la dicotomía: enfermedad/salud, ya que es uno de los aspectos centrales en la filosofía de la medicina, debido a que se relaciona íntimamente con varios conceptos como: criterio médico, diagnóstico, bienestar, dignidad, etc. En efecto, el criterio médico no puede operar sin una distinción entre un sujeto sano y uno enfermo. Cuando se acude al médico, se consulta una segunda opinión o simplemente se utiliza la palabra “médico”, se presupone un curso de acción que no puede dejar de lado esta dicotomía. Para explicar un poco la manera en que se relacionan estos conceptos podemos traer a cuenta un trabajo de Raymond Brock. Él resume en un artículo el texto de Lord Cohen of Birkenhead: *The Evolution of the Concept of Disease*.⁹⁵ En este texto se analiza el concepto de enfermedad, la relación con algunas creencias y las consecuencias de aceptarlas. Nos menciona que existen dos tradiciones médicas que caracterizan la enfermedad, la primera como una entidad añadida al cuerpo; la segunda, la concibe como una desviación influenciada por distintos factores. Sin embargo ambas concepciones tienen dificultades importantes. En la primera –nos dice– radica la simplicidad y la univocidad, pero también error y sin razón;

⁹⁵ Brock, Raymond. *Philosophical Aspects of Medical Criteria*. Cambridge University Press on behalf of Royal Institute of Philosophy, 1964, Philosophy, Vol. 39, No. 147, pp. 63-67 <http://www.jstor.org/pbidi.unam.mx:8080/stable/pdfplus/3749134.pdf?acceptTC=true&acceptTC=true&jpdConfirm=true> (página consultada el 05 de Febrero de 2014)

en la segunda, dado que la enfermedad es un rango de factores y no una entidad, lo normal también es un rango y por tanto está sujeta al cambio. Lo normal está indefinido. Tomando en cuenta que la segunda concepción es la que ha tomado más fuerza en medicina, el criterio de normalidad se desvanece en la medida en que cambia nuestra estructura y los factores ambientales, en todo caso lo normal se convierte en un concepto arbitrario. Para evitar esta dificultad es necesario involucrar el cálculo probabilístico⁹⁶ y una filosofía específica, a saber, el realismo científico.

Desde la ontología del realismo científico, lo único que existe en el mundo son cosas materiales, los procesos dependen de las cosas, así las enfermedades no se considerarían entes, sino procesos de entes, de seres humanos. Desde la epistemología del realismo científico, el ser humano es capaz de conocer dichos procesos a través de las distintas teorías científicas. Menciono esta doctrina filosófica porque me parece que es la que subyace a la idea de criterio médico que se emplea actualmente. En nuestra época, es algo común usar el adjetivo “científico” para justificar un conocimiento. Tal vez sólo en las discusiones filosóficas se logren tomar en cuenta los argumentos que ponen en evidencia las deficiencias de este conocimiento. No obstante, también se ha intentado hacer ver, mediante el estudio de presupuestos ontológicos y epistemológicos, que la ciencia es la mejor opción posible para ostentar conocimiento. Uno de los mayores representantes de esta postura es Mario Bunge. Él ha analizado los presupuestos de la psicobiología, de las ciencias sociales, de la política y más recientemente de la medicina. Acerca de la enfermedad nos dice lo siguiente:

El realismo médico que defendemos no afirma la realidad del universal *enfermedad*. Como suele decirse, hay enfermos, no enfermedades: los primeros son entes concretos, mientras que las segundas son clases, especies o tipos. O sea, son conjuntos, y como tales son conceptos, no cosas ni meras palabras. Pero esos conjuntos no son arbitrarios sino *clases naturales*, tanto como las químicas y las biológicas.⁹⁷

Si tomamos en cuenta la clasificación de las creencias que permean la historia de la enfermedad, tal como las resume Raymond Brock, será difícil darle un lugar a la postura

⁹⁶ Pierre Simón Laplace desarrolló una idea determinista del universo en su texto: *Essai philosophique sur les probabilités* (Un ensayo filosófico sobre probabilidades). Laplace pensó que se puede conocer de manera exhaustiva la totalidad del universo, tanto pasado como futuro, en la medida en que se conozca la ubicación exacta de cada átomo del universo y las leyes de la física clásica. Esta idea no se ha vuelto a tomar en cuenta desde que se descubrió la física cuántica y la segunda ley de la termodinámica. Como sabemos, la medicina es la aplicación práctica de las leyes de la física, química y biología, no se considera una ciencia con un objeto de estudio determinado. Por tanto la medicina tiene que tener un carácter probabilístico.

⁹⁷ Bunge, Mario. *Filosofía para médicos*. Gedisa, Buenos Aires, 2012, p. 65. Las cursivas son del autor.

de Bunge, ya que él no considera que la enfermedad sea un ente y tampoco que la normalidad sea arbitraria. De hecho, la inclusión de la postura del filósofo argentino es con la finalidad de responder a la problemática que deja abierta Brock, ya que la postura del realismo científico intenta resolver esta situación. Si observamos el pasaje que acabamos de citar, la enfermedad se concibe como un conjunto no arbitrario de clases naturales. A primera vista parece que esta concepción oscila entre la reificación de la enfermedad y su imprecisión; es decir, entre la concepción de la enfermedad como un ente plenamente identificado y la idea de que solamente es una convención, un estado de cosas que no puede ser identificado mediante límites. Sin embargo, la podemos concebir como una postura distinta. Nos queda claro que una enfermedad no es una cosa, es un concepto vacío que adquiere su significado en tanto se especifique su clase, especie o tipo. Son naturales porque son procesos que ocurren en un enfermo. Su clasificación no es arbitraria porque las pautas que se utilizan para realizarla se establecieron gracias a la observación empírica, al método científico. No olvidemos que uno de los principales axiomas del realismo científico es que las teorías forman una estructura entre ellas porque la realidad en sí, está estructurada. En última instancia, el límite que divide a la enfermedad y la salud está basado en el supuesto de que existen procesos, son supuestos porque no pueden ser observados objetivamente. Hilary Putnam lo explica a través de un concepto: “el ojo de Dios”.⁹⁸ Su argumento expone la imposibilidad de conocer un punto de vista que se corresponda con las cosas en sí. Más bien, lo único que existe son varios puntos de vista que reflejan intereses particulares, y por ende las teorías se subordinan a ellos.⁹⁹ La imposibilidad surge al intentar elaborar un procedimiento para juzgar el propio juicio al describir las cosas. Por su parte, Bunge no se compromete con un realismo de este tipo, menciona que las teorías científicas representan la mejor opción posible de conocimiento que tenemos disponible. El método científico se encuentra acorde al dinamismo del mundo, de sus procesos. Las teorías no son finales pero tampoco son producto de la imaginación. “El científicismo incluye ambos, escepticismo moderado acerca del conocimiento actual y meliorismo, o confianza en que la investigación futura implica la

⁹⁸ Putnam, Hilary. *Reason, Truth and History*. Cambridge University Press, UK, 1981, p. 50

⁹⁹ *Loc. cit*

producción de conocimiento nuevo y más exacto.¹⁰⁰ En este sentido, las enfermedades son resultado de teorías científicas; sin embargo no sólo se reducen a ellas: “Las enfermedades son procesos naturales, pero en su *reconocimiento* como problemas médicos depende no sólo de conocimientos sino también, en parte, de juicios de valor”.¹⁰¹

La tarea de fundamentar a la ciencia filosóficamente puede rastrearse de manera más evidente con el surgimiento del positivismo lógico.¹⁰² La discusión ha continuado y el problema por el conocimiento no ha sido abarcado. No obstante, si aceptamos que la dicotomía, enfermedad/salud no es únicamente un problema epistemológico, sino también ético, pues requiere de juicios de valor en su reconocimiento, el problema se incrementa. Dirigiendo la atención al problema del conocimiento, la caracterización de la enfermedad se constituye –nos dice Bunge– de indicadores objetivos llamados: signos, biomarcadores o sustitutos. Estos indicadores son distintos de los síntomas, que son reportes subjetivos del paciente, regularmente identificados con dolor. A diferencia de ellos, los signos son estados de cosas objetivos, por ejemplo, la deficiencia para producir insulina, la enfermedad sería la insuficiencia renal. A pesar de ello, la relación entre el reporte subjetivo del paciente no siempre se relaciona con un signo, existen enfermedades silenciosas o con los mismos síntomas. De igual manera las enfermedades no se manifiestan siempre de la misma manera, no existe una lista definitiva de síntomas de las enfermedades y tampoco de las enfermedades mismas (mutaciones).

Lo anterior no quiere decir que no existan pautas para clasificar a las enfermedades, lo único que sugiere es que el conocimiento de las mismas es más complicado. Pensemos el caso de la física y la química, ciencias que se fundamentan en conjuntos de enunciados. Los indicadores de estas ciencias son teóricos, en la medicina son empíricos. Esto quiere decir que no hay una ley que nos indique niveles constantes o normales. En primera instancia porque no todas las enfermedades son medibles, por ejemplo el SIDA. La dificultad se torna todavía más problemática al pensar que los órganos tienen procesos únicos: sólo los riñones pueden limpiar la sangre de fluidos que no necesita, sólo el corazón bombea sangre, etc. Los biomarcadores son parámetros biológicos que se basan en

¹⁰⁰ Bunge, Mario. *Evaluating Philosophies*. Springer, Boston Studies the philosophy of science, 2012, Vol. 295, p.22

¹⁰¹ Bunge, Mario. *Filosofía para médicos*. Gedisa, Buenos Aires, 2012, p. 65. Las cursivas son del autor.

¹⁰² Cfr. Ayer, Alfred. *El positivismo lógico*. FCE, México, 1965, Introducción.

el exceso o en la deficiencia del órgano, igualmente el exceso se observa en la práctica, no se infiere de una teoría. En última instancia están basados en la estadística y en la capacidad para realizar actividades cotidianas: comer, orinar, correr, etc. La tarea del médico al emplear su criterio radicaría en el conocimiento de las propiedades del organismo en cuestión y llevarlo a los parámetros de normalidad, de lo que se ha visto que mejora la calidad de vida. El lenguaje es forzado para hablar de enfermos y sanos como dos conjuntos plenamente identificados, pero es necesario para que la medicina alivie el dolor, la angustia, etc. En palabras de Bunge:

La medicina puede concebirse esquemáticamente como la disciplina que procura identificar el paralelepípedo mencionado de los estados [el rango de normalidad y enfermedad] y mover a los enfermos de afuera hacia dentro de éste. [...] en el volumen abstracto de la salud no quedan rasgos de dolor, la angustia ni de los trabajos que acompañan a la experiencia de la enfermedad y de la gestión sanitaria correspondiente. Pero es el precio que hay que pagar para lograr un concepto general de enfermedad y su dual, la normalidad o salud.¹⁰³

Pagamos el precio de hablar de enfermedad, salud y de criterio médico, en términos abstractos, con el fin de mantener dentro del rango de lo que suponemos como normal. Por lo tanto un criterio médico sería un conjunto de experiencias que reportan salud y enfermedad sin existir un prototipo. Es una tarea constante por perfeccionar algo respecto a lo que uno piensa que es perfecto. Entonces, al momento de utilizar un criterio médico para la distribución de órganos para trasplante, tendríamos que pensar que el médico no sigue una pauta objetiva y establecida, sino que se sirve de una guía empírica y sujeta a cambio.

2.1 Problemas filosóficos y médicos en los tratamientos de IR: La calidad de vida

Los biomarcadores que definen la etiología del riñón están establecidos, es decir, los límites entre la enfermedad y la salud son medibles, observables y sus síntomas se reportan con facilidad. La insuficiencia renal se especifica en cinco etapas hasta llegar a la necrosis del órgano. Sin embargo, señalar o identificar una enfermedad con los parámetros que tenemos disponibles no es suficiente, como menciona Bunge, para que las enfermedades se consideren problemas, necesitan de juicios de valor.¹⁰⁴ Para distinguir el sentido en que entiendo dicha afirmación diremos que la fisiología, anatomía, enfermedades y tratamientos que he mencionado en este capítulo se encuentran del lado epistemológico del

¹⁰³ *Ibid.*, p 77

¹⁰⁴ Ver nota 101

problema, es decir, es posible que ese conocimiento se deseche cuando venga otro, por tanto su caracterización como verdad es problemática. Por otro lado, las enfermedades son reconocidas como problema porque afectan nuestra vida, juzgamos que la vida no puede ser vivida de ese modo; tal juicio se tiene que realizar con base en un parámetro, una idea de calidad de vida. De este modo la diálisis es un conocimiento aplicado a la enfermedad y como tal presenta problemas epistemológicos en su justificación (la relación entre ciencia y filosofía), además de que se relaciona con otros conocimientos acerca de enfermedades e infecciones. No obstante, el reconocimiento de la enfermedad incluye las posibles molestias que representa cada terapia. En el caso de la DP no hay acceso vascular ni contacto de la membrana sanguínea, lo que hace que el estímulo catabólico sea menos prominente.¹⁰⁵ El procedimiento puede ser realizado por el paciente, la solución se cambia tres o cuatro veces al día, lo que permite programar las actividades cotidianas. En la HD se requieren tres visitas a la semana de 4 horas para realizar el tratamiento, esto implica tiempo y costos de traslado, además de la espera. En caso que se quiera adquirir una máquina dialítica, se requiere de entrenamiento para manejarla, además de que el costo de la misma es elevado (Aprox. 30,000 USD por año¹⁰⁶). En ambos casos la salud se recupera, la remoción de las toxinas de la sangre evita que otros órganos, tejidos y huesos se afecten, y a pesar de los cuidados necesarios, se pueden realizar actividades cotidianas. Con todo ello, la enfermedad se reconoce como un malestar y eso requiere de juicios de valor. Por juicio de valor se entiende normalmente la capacidad del cuerpo para funcionar, los médicos usan un cuestionario para su medición: RAND 36-Item Health Survey (Encuesta de salud de 36 elementos de RAND). Es un conjunto de coherentes y genéricas medidas de calidad de vida fácilmente administradas¹⁰⁷, fueron resultado de: El estudio de los resultados médicos (Medical Outcomes Study) realizado por Research and development, RAND.¹⁰⁸ En resumen, la calidad de vida se midió bajo ocho conceptos de salud. I:

¹⁰⁵ Rippe, Bengt. "Peritoneal Dialysis: Principles, Techniques, and Adequacy" en Floege, Jürgen, *et. al.* (ed.) *Op. Cit.*, p. 1081

¹⁰⁶ <https://www.aakp.org/education/resourcelibrary/dialysis-resources/item/cost-associated-with-home-dialysis.html> (página consultada el 18 de Febrero de 2014)

¹⁰⁷ http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item.html (página consultada el 18 de Febrero de 2014)

¹⁰⁸ La corporación RAND es una institución sin fines de lucro que ayuda a mejorar las políticas y la toma de decisiones durante la investigación y el análisis. RAND se enfoca en los aspectos que más importan, tales como la salud, educación, seguridad nacional, asuntos internacionales, leyes, negocios, el medioambiente, y más <http://www.rand.org/about/history.html> (página consultada el 18 de Febrero de 2014)

Función física (10 reactivos). II: Dolor corporal (2 reactivos). III: Limitaciones de rol causadas por problemas de salud física (4 reactivos). IV: Limitaciones de rol causadas por problemas emocionales (3 reactivos). V: Bienestar emocional (5 reactivos). VI: Funcionalidad social (2 reactivos). VII: Energía/fatiga (4 reactivos). Y VIII: Percepciones generales de salud (5 reactivos). De inicio, de las ocho escalas sólo dos toman en cuenta la función social (III y IV); por otro lado, la cuestión emocional es relegada, abarca sólo dos rubros. Es importante destacarlo porque la salud se identifica con el bienestar del cuerpo, así lo bueno es igual que el bienestar corporal. Si a esto le añadimos que las ocho escalas no tienen el mismo número de reactivos, se observa que la prioridad de lo social y emocional es menor que el funcionamiento físico.

Esta escala de salud ha servido para medir la calidad de vida de pacientes con DP y HD.¹⁰⁹ Conociendo que la escala está fundamentada en valoraciones de salud, los resultados de estas encuestas medirán el éxito prometido por la medicina moderna: La erradicación del dolor corporal. Los resultados no pondrán a discusión los fundamentos y por tanto las pautas para pensar a la justicia distributiva. Por ejemplo, la conclusión de la tesis de González Leal es que los pacientes que tienen una terapia de HD tienen una mejor calidad de vida que los que realizan una DP.¹¹⁰ Tal vez el resultado esté medido parcialmente por la encuesta, pero existen otras causas que no aparecen y que inciden directamente, por ejemplo, el costo de la terapia. En efecto, quién puede ser hemodializado es necesario que cuente, al menos, con seguridad social, debido a los aparatos requeridos, esto implica que los cuidados pueden ser completados de mejor manera por la misma institución social. Por su parte la DP no requiere de máquinas o entrenamiento, es una opción económica, inevitable para quién no cuente con este recurso. No obstante, para analizar de manera más profunda los juicios que intervienen en el reconocimiento de la enfermedad y su relación con la calidad de vida podemos recuperar la idea socrática de *polis*. En ésta, el cuidado del cuerpo está subordinado a la inteligencia, al desarrollo de la

¹⁰⁹ Cfr. González Leal, Jesús A. *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica*. Tesis que para obtener el título de Licenciado en Enfermería. UNAM, México, 2013, 123 pp. <http://132.248.9.195/ptd2013/febrero/302562404/Index.html> (página consultada el 18 de Febrero de 2014)
Rodríguez Vidal, Magali (*et. al.*). *Calidad de vida en pacientes hemodializados*. Universidad de Concepción. Departamento de Enfermería. 2005, Ciencia y enfermería, Vol. 11, No. 2 pp. 47-57 http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200007 (página consultada el 18 de Febrero de 2014)

¹¹⁰ González Leal, Jesús A. *Op. Cit.*, p. 110

naturaleza humana, misma que sólo puede desarrollarse en el estado; se es hombre en la medida en que participa de las decisiones políticas de la ciudad, no en tanto se cuida la salud del cuerpo irrestrictivamente. Marino López se sirve de estas distintas maneras de jerarquizar la salud para evidenciar las consecuencias de cada una.

Sócrates está consciente de que la abstracción del cuerpo es contranatura y por lo mismo no puede realizarse plenamente. A mi juicio, la propuesta moderna incurre en la abstracción opuesta, es decir, al proponer la primacía del cuerpo necesariamente socava todo cuanto tradicionalmente atribuimos al alma. Una de las principales consecuencias de esta abstracción es que necesariamente, interpreta la justicia como filantropía.¹¹¹

El contraste entre la primacía del cuerpo y de la *polis* puede servir para saber qué valoramos más, si el “bienestar de la ciudad o el propio”. Si los modernos le adjudican la primacía al cuerpo, la posición filosófica más popular tendría que ser el escepticismo moral.¹¹² No hay un fundamento para afirmar una moralidad en particular, todo es subjetivo. Si recordamos el discurso que he expuesto de Rawls se observará que su argumentación se enfrenta a tal postura.¹¹³ Sin embargo, en el caso específico de la valoración de la calidad de vida y su relación con la enfermedad en tanto problema que la afecta, se enfrentan más dificultades. La principal sería establecer un acuerdo entrecruzado de lo que se debería entender por calidad de vida, y una vez establecido, se identifique el lugar para distribuir los recursos justamente. De esta manera se deja de lado la controversia filosófica sobre lo qué es la calidad de vida en favor de una política pública. Esto no quiere decir que la filosofía sea cancelada, tampoco que el jurista tenga todas las herramientas para elaborar leyes. Es necesario un trabajo filosófico que diga qué es calidad de vida, en el sentido de eliminar posiciones comprensivas de lo moral que afecten el acuerdo entre ciudadanos. Dichas posiciones pueden ser religiosas o filosóficas, mismas que son difíciles de detectar desde el punto de vista jurídico solamente. De acuerdo a Rawls una teoría de justicia no puede prescindir de una idea de bien –de una valoración.¹¹⁴ Estas ideas son:

a) La idea del bien como racionalidad; b) la idea de los bienes primarios; c) la idea de las concepciones comprensivas permisibles del bien (las asociadas a las doctrinas

¹¹¹ Marino López, Antonio. *Sapiencia poética y aporías filosóficas*. UNAM, FES Acatlán, México. 2009, p. 187

¹¹² Taylor, Charles. “La explicación y la razón práctica” en Nussbaum, Martha y Sen, Amartya (comps.). *La calidad de vida* Traducción de Roberto Reyes Mazzoni. The United Nations University, FCE, México, 1996, p. 274

¹¹³ Ver nota 32

¹¹⁴ Rawls, John. *Op. Cit.*, p. 171

comprensivas); d) la idea de las virtudes políticas, y e) la idea del bien de una sociedad (política) bien ordenada.¹¹⁵

Enfocándonos en las dos primeras ideas, el autor supone que cualquier ser humano tiene un plan de vida, cualquiera que sea este plan, es racional, y es necesario que tenga ciertos bienes primarios para conseguirlo; es decir, su vida necesita tener cierta calidad para realizar sus metas. Éstos son:

a) Los derechos y libertades básicas, que también se dan en una lista aparte; b) la libertad de desplazamiento y la libre elección de ocupación en un marco de diversas oportunidades; c) los poderes y las prerrogativas de los puestos y cargos de responsabilidad en las instituciones políticas y económicas de la estructura básica; d) ingresos y riqueza, y por último, e) las bases sociales de respeto a sí mismo.¹¹⁶

De acuerdo a Rawls, estos encabezados marcan los requisitos mínimos para que se hable de una calidad de vida aceptable. Aunque habría que acotar que los límites de esa afirmación se encuentran delimitados por la idea de la justicia política, es decir, son necesidades que cualquier ciudadano reconocería como tales; nótese que se habla de ciudadanos y no de hombres. Además de lo anterior, es necesario mencionar que estas necesidades no son responsabilidad exclusiva del estado, su actividad no es otorgar y cuidar que se mantengan. Cada ciudadano, en la medida en que se sirve de ellas para realizar su plan de vida, las conserva y quien no las ocupe, no está obligado a conservarlas o exigir las. Tampoco es el propósito del estado aumentar el bienestar neto de la población. Existe, por supuesto, una controversia para determinarle límites a los bienes primarios, dadas las variaciones tan pronunciadas entre los seres humanos. La crítica la realizó explícitamente Amartya Sen. Rawls la incluye y replica en su texto.¹¹⁷ Sin embargo, para poner en perspectiva dicho debate convendría recurrir al estudio que realizó Gerald Cohen,¹¹⁸ en el cual analiza a detenimiento cada postura, ya que Rawls como Sen parten de posturas irreconciliables. En efecto, por un lado Rawls menciona que las capacidades básicas tienen variaciones, pero que ello no implica que no exista una delimitación de las mismas.¹¹⁹ Mientras que la crítica que elabora Sen explica la insuficiencia de la idea de

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 173

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 177

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 179

¹¹⁸ Cohen, Gerald. “¿Igualdad de qué? Sobre el bienestar, los bienes y las capacidades” en Nussbaum, Martha y Sen, Amartya (comps.). *Op. Cit.*, pp. 27-53

¹¹⁹ Rawls, John. *Op. Cit.*, pp. 179-182

bienes primarios para abarcar el factor común de dichas capacidades.¹²⁰ Al respecto Cohen menciona que la crítica de Sen no está elaborada correctamente¹²¹, pero que en ella descubre algo nuevo: las capacidades. De acuerdo a Cohen, el esquema del problema está formado en un extremo, por la aceptación de los bienes primarios, y en el otro, por la utilidad que reportan las cosas, que no son precisamente bienes primarios, ya que la utilidad depende de la condición de la persona, y ésta no puede ser especificada dentro de un parámetro. Sin embargo para que la utilidad sea tal es necesaria su valoración, y ésta es distinta tanto de los bienes primarios como de la utilidad misma, Cohen llamó a este efecto, la vía media:

A este efecto no utilitario de los bienes le llamaré *la vía media*, porque en cierto sentido se encuentra a la mitad del camino entre los bienes y la utilidad. La vía media está constituida por los estados que en la persona producen los bienes, estados en virtud de los cuales los niveles de utilidad adquieren sus valores. Esto es “posterior” a “tener los bienes” y “anterior” a “tener utilidad”.¹²²

El mismo autor nos menciona que este nuevo enfoque que descubrió Sen no puede ser llamado “capacidades”, porque en muchos casos no somos agentes de la utilidad que recibimos, es decir, cuando jugamos un papel pasivo, como al usar ropa: no estamos continuamente ejerciendo nuestra capacidad para estar vestidos. De hecho para Cohen la vía media sirve para establecer la vía media básica: la primer prioridad de la justicia¹²³, y aquello que hay que igualar es “el acceso a la ventaja”, que es: “una colección heterogénea de estados deseables de la persona, que no se pueden reducir a paquetes de recursos ni a su nivel de bienestar”.¹²⁴ Todo ello teniendo en cuenta el aspecto activo y pasivo de las posibles ventajas.

A modo de conclusión es posible preguntar ¿Cuál es la vía media que se busca en pacientes con IR? Una manera de pensar la pregunta sería exponiendo la manera en que entendemos el problema de la calidad de vida de manera política. En efecto, si nuestra conciencia moderna nos determina para que cada quien tenga su propia concepción de calidad de vida, es poco lo que se puede decir en un discurso filosófico, a menos que exista

¹²⁰ Sen, Amartya. *Equality of What? The Tanner Lecture on Human Values*. Stanford University, 1979, pp. 219-220 <http://tannerlectures.utah.edu/documents/a-to-z/s/sen80.pdf> (página consultada el 05 de Enero de 2015)

¹²¹ Cohen, Gerald. *Op. Cit.*, p. 38

¹²² *Ibid.*, p. 39

¹²³ *Ibid.*, p. 51

¹²⁴ *Loc Cit.*,

el espacio de argumentar desde otra postura que no sea el relativismo moral, y eso ya sería ponerlo en tela juicio y tener la oportunidad de deliberar acerca de él; en otras palabras, que no creamos que el relativismo moral sea lo mejor. Sin embargo, desde el punto de vista político, es deseable que se tenga claro cuál es la vía media de los ciudadanos, pues de eso depende la toma de decisiones en cuanto a la distribución de recursos. Es decir, el estado tiene la facultad de decidir la vida media de los ciudadanos. Se necesita, por tanto, explicar las ventajas que se poseen en tanto miembros de una sociedad. De manera específica, la vía media de los pacientes que tienen IR no se reduce a los instrumentos médicos, soluciones dialíticas o riñones disponibles. La calidad de vida no se identifica con los bienes primarios que enlista Rawls, como la riqueza, libertades básicas, etc., ya que uno puede hacer un sinnúmero de acciones con ellas y eso no significa que tenga bienestar. Del mismo modo, una máquina de hemodiálisis o un riñón funcional tampoco lo implica. Es posible que una visión como la de Sócrates pueda ser de utilidad en nuestro tiempo, si dejamos de concentrar la atención en el cuerpo y en los estados mentales placenteros es posible que nuestra concepción de calidad de vida cambie y con ello vivamos en una sociedad más equitativa. Así, el paciente con una deficiencia renal, no experimenta únicamente su enfermedad, su valoración de la vida no se identifica con su enfermedad, sino con todas las ventajas que se procura y recibe.

Con la anterior argumentación parecería de estoy afirmando un tipo especial de relativismo, en el cual la vía media sólo es una cuestión de estadística que sirve para tomar decisiones políticas. Esto se debe a que se piensa el bienestar como algo escindido de la igualdad de ventajas de los ciudadanos. Es decir, que lo moral esta desligado de las instituciones y leyes. No obstante, el estado está establecido con base en juicios de personas con una moralidad específica. Pero esto no quiere decir que la tarea sea buscar un criterio definitivo, es posible la comparación de moralidades sin pensar en sistemas. Charles Taylor lo llama “razonamiento práctico”. Él estaría de acuerdo en cancelar una discusión sobre principios morales a través de un razonamiento que arguya sobre las circunstancias de los mismos,¹²⁵ acorde al autor existen dos modelos de este razonamiento: el apodíctico y el *ad hominem*. El primero concluye en un escepticismo ético, mientras que el segundo consiste en examinar los juicios cotidianos y suponer que así es cómo

¹²⁵ Taylor, Charles. *Op. Cit.*, p. 276

deberíamos juzgar. ¿Cuál es el criterio que debería servir para definir la calidad de vida? Si concedemos con Taylor que la respuesta de nuestra cultura es el escepticismo, esto se debe a que la misma cultura nos prepara para ser naturalistas, creer en la ciencia y su carácter neutral, rechazamos el modo *ad hominem* por carecer de un criterio objetivo. Con ello se cancela cualquier búsqueda por un criterio. El razonamiento práctico es racional en la medida en que explora las posibilidades del modelo *ad hominem*. Se trata de una idea que supone que existe una mejora o una ganancia entre dos posturas morales pero sin apelar a un criterio, sino a una comparación entre ellas.

Por lo tanto, si nos convencemos de que no existe manera de decir qué es la calidad de vida, a menos de que sea a través de un escepticismo moral, nuestras exigencias en un sistema de salud serán eliminadas por ser subjetivas. Dentro de un estado que distribuye los medios para acceder a la salud existiría un hueco importante al no tratar la enfermedad desde su problemática fundamental: definirla dentro de su aspecto valorativo. Saber qué es la calidad de vida no sólo influye en la definición de nuestras metas y convicciones, sino también en la manera de hacer políticas públicas. Tal vez el problema de fondo sea la interpretación de la enfermedad en nuestra vida, para ello tendríamos que interpretar ambas. Desde el materialismo es imposible interpretarnos, ya que la única opción es explicarnos científicamente.¹²⁶ Sin embargo, el dolor que experimentamos al enfermarnos no está reducido a la inestabilidad de los receptores sensoriales, es también interpretado como sufrimiento, insatisfacción, pérdida, etc., esta interpretación no puede ser probada o demostrada, pero puede ofrecer ganancias respecto a nuestra manera de convivir. Taylor menciona que después de la Ilustración se valora más la erradicación del sufrimiento innecesario, como la tortura y los castigos con heridas.¹²⁷ Esto se considera una mejora sin tomar en cuenta si el organismo tiene mayor o menor sensibilidad al dolor. Esto se debe a que interpretamos el dolor de diferente manera.

¹²⁶ Mario Bunge llevó al extremo su crítica a la hermenéutica identificando la realidad, incluyendo la del hombre, con un texto, meras palabras. Incluso crítica sin mayor explicación a Charles Taylor del siguiente modo: “Mi colega, el célebre Charles Taylor, llegó al colmo de definir al ser humano como «el animal que se interpreta a sí mismo». Bunge, Mario. *Cápsulas*. Gedisa, Barcelona, 2003, p.108

¹²⁷ Taylor, Charles. *Op. Cit.*, p. 292

CAPÍTULO III: CONCEPTOS Y PROBLEMAS FILOSÓFICOS Y TÉCNICOS EN LA TERAPIA DE TRASPLANTE DE RIÑÓN.

Uno de los principales problemas éticos en la terapia de trasplante es que para realizarse es necesario el riñón de otro ser humano, un aloinjerto. En este momento todavía no existen riñones artificiales que funcionen dentro del organismo (como el caso del corazón), o riñones de repuesto obtenidos de animales, xenoinjertos. Esto no quiere decir que no exista esta modalidad de trasplante, sólo que, hasta que sea una práctica, es necesario concentrar la atención en las que ya operan. El concepto de “sujeto” es el que pone de relieve la problemática. En efecto, las personas involucradas en el proceso de donación, donador, receptor, familiares, personal de salud, etc., están sujetas a factores psicológicos, sociales y éticos. Estos factores se reflejan en decisiones políticas, personales y médicas, todas ellas relacionadas de manera recíproca. La especificidad de cada elemento es muy amplia, por mi parte me seguiré enfocando en algunos dilemas éticos. Aquí he delimitado algunas herramientas que nos pueden servir en el análisis de estos casos, una de ellas es la exposición de los presupuestos de la filosofía moderna, como el naturalismo, el mecanicismo y el relativismo de lo bueno y malo y su identificación con lo placentero –la salud–. En aquel momento el discurso estaba más enfocado en la tensión que existía entre lo relativo –particular– y lo normativo; es decir, entre una justicia distributiva fundamentada en una filosofía coherente (utilitarismo, liberalismo, etc.) y su aplicación en el caso concreto. Se especificaron las propiedades del riñón, enfermedades y tratamientos en sus aspectos epistemológicos y valorativos. Ahora que he especificado más nuestro contexto, es necesario traer de nueva cuenta estas ideas porque se relacionan íntimamente con los temas que siguen. En la siguiente argumentación añadiré la tensión entre la concepción del hombre como una máquina y al mismo tiempo comprendido con una libertad cualitativamente distinta de cualquier otro ser.

Si pensamos que somos máquinas, como se nos entiende desde las ciencias de la salud, no puede existir un sustrato “natural” al que podamos apelar para dividir entre cosas y personas; es decir, el concepto de naturaleza humana no existe en el conocimiento científico, sin embargo nos distinguimos del entorno, sin mencionar la jerarquía que nos otorgamos (el “valor social”). No obstante también nos asumimos como organismos sujetos a leyes. Por ejemplo en la medicina no dudamos que los síntomas se identifican con la

enfermedad y la cura; y aunque el conocimiento que tenemos de nosotros mismos lo consideramos incompleto suponemos que algún día lo lograremos, no se toca nuestra confianza en el mecanicismo.¹²⁸ Aunque si realmente asumiéramos los presupuestos mecanicistas, no habría razón para pensar en naturaleza humana, pues todo será un proceso indistinto de otro que ocurra en el mundo. Esta contradicción puede verse a la luz del discurso filosófico moderno, pensar que el mundo tiene un lugar especial guardado para el hombre es pensar en términos modernos. Desde las bases de la modernidad se nos despojó de lo propiamente humano, y se nos equiparó con una máquina o un reloj¹²⁹; el renombrado giro copernicano de Kant¹³⁰ dio cuenta de la prioridad que tiene el sujeto para el conocimiento y el progreso. Con todo ello no se aceptan las últimas consecuencias de estos presupuestos, a saber, la erradicación de la voluntad, dignidad, libertad y solidaridad. Dichos conceptos son las condiciones de posibilidad para transformarse a sí mismo y a la sociedad, para que se llegue al estado solidario y por tanto, a una justicia distributiva que no sea impuesta desde fuera, sino desde nosotros mismos. Percibirnos sin naturaleza da la pauta para autoregularse, decidir qué es ser digno o libre. La contradicción se encuentra al pensarse con una naturaleza que propiamente no tiene determinantes, pero que es necesaria conservarla si deseamos ser sujetos y no objetos –máquinas–.

Desde mi punto de vista, el problema filosófico que subyace en el concepto de “sujeto” es el de la libertad. Mi manera de entenderla no puede prescindir la manera moderna de concebirla, a saber, ilimitada. Una de las consecuencias últimas de saberse libre es la pretensión de erradicar la vejez. Daniel Cahallan observó que la medicina opera bajo ese supuesto¹³¹. Se espera que en algún punto la medicina pueda restituir las funciones de todo el organismo, esto incluye la muerte. En un sentido menos controvertido, nos concebimos como seres capaces de tomar decisiones voluntarias y en esa medida nos distinguimos de las cosas. De este modo la idea de libertad se asocia con la idea de

¹²⁸ Un ejemplo que demuestra nuestra confianza en el progreso del conocimiento científico es la criónica: la preservación de organismos a bajas temperaturas, esto con la finalidad de reanimarlos en el futuro, cuando el conocimiento haya avanzado lo suficiente y sea posible curar la causa de la “muerte”. Actualmente la organización que ofrece este servicio es: The Alcor Life Extension Foundation.

¹²⁹ Cfr. Hobbes. *Op. Cit.*, pp. 35-37 y Descartes, René. *Las pasiones del alma*, Biblioteca Universal, Buenos Aires, 2003, Artículos 6 y 16. versión electrónica en <http://losdependientes.com.ar/uploads/ad3tqjgfd.pdf> (página consultada el 20 de febrero de 2014)

¹³⁰ Véase. Watson, John, *Philosophy of Kant Explained*. J. Maclehose and Sons, Galsgow, 1908, p.37

¹³¹ Callahan, Daniel. *Poner límites: los fines de la medicina en una sociedad que envejece*. Traducción de Assumpta Mauri y José Luis Puerta. Triacastela, Madrid, 2004, pp. 69-105

progreso, pensando al hombre como el ser que transforma su entorno y así mismo de manera radical, ya sea para satisfacer sus preferencias por medio de la ciencia y la tecnología o para pensar que puede alterar o cancelar su naturaleza senil. Es claro que esto último no ha ocurrido, pero tampoco hay una demostración exhaustiva de que sea imposible. La libertad para transformar la naturaleza está en una fase no concluida; sin embargo ya se habla de posmodernidad y del fracaso de la razón. La tecnología disponible todavía no es accesible a todos y la investigación científica es posible en virtud de las patentes. En pocas palabras, el conocimiento y la ética no han alcanzado su cometido, al no hacerlo se decide por medio de una autoridad.¹³²

Desde esta perspectiva, la ética no es una disciplina filosófica autónoma, la posmodernidad canceló el esfuerzo por perseguir el bien y los valores. Por otro lado, los defensores de la modernidad argumentan que la ciencia y la tecnología serán accesibles a todos, en ese sentido no habrá distinción de sujetos, viviremos en un Estado realmente democrático. Un autor que podría considerarse progresista es Mario Bunge, quién comenta al respecto.

O sea, nuestra axiología y nuestra ética deben ser realistas, cognitivistas y racioempiristas, en lugar de autoritarias, emotivistas, intuicionistas, utilitarias o relativistas. Y si han de amoldarse al bienestar individual y promover los valores sociales, la axiología y la ética deben ser también sistémistas, antes que individualistas u holistas.¹³³

El contraste entre estas posturas nos permite ver el problema de la libertad con mayor claridad. La argumentación en bioética no ha sido ajena a tal dificultad, basta con recordar los cuatro principios para evidenciarlo: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia. En tal discurso se puede asumir que el hombre tiene la posibilidad de redirigir el saber logrado por la ciencia hacia estos principios. Busca respetar la voluntad anticipada de las personas que desean, o no, donar sus órganos; no se asume que el cuerpo de un muerto

¹³² Desde Platón la cuestión de la legitimación de la ciencia se encuentra indisolublemente relacionada con la de la legitimación del legislador. Desde esta perspectiva, el derecho a decidir lo que es verdadero no es independiente del derecho a decidir lo que es justo, incluso si los enunciados sometidos respectivamente a una u otra autoridad son de naturaleza diferente. Hay un hermanamiento entre el tipo de lenguaje que se llama ciencia y ese otro que se llama ética y política: uno y otro proceden de una misma perspectiva o si se prefiere de una misma "elección", y ésta se llama Occidente. Lyotard, Jean François. *La condición posmoderna* Traducción de Mario Antolín Rato. Cátedra, Argentina, 1991, p.10

¹³³ Bunge, Mario. *Crisis y reconstrucción de la filosofía*. Traducción de Rafael González del Solar. Gedisa, Barcelona, 2002, 265 pp.

cerebral sea desecho¹³⁴; busca allanar el camino que permita una justicia distributiva de bienes. En suma, se considera que tenemos la capacidad para incidir en nuestras decisiones con el fin de perseguir el bien, pensando no únicamente en la propia salud, sino en el beneficio que también podamos aportar; al menos eso es lo que se supone al utilizar un principio de justicia, a saber, la eliminación de injusticias.

Teniendo presentes los problemas filosóficos y médicos que expusimos en los capítulos anteriores, junto con el problema de sujeto y libertad aquí esbozados, *mi objetivo de este capítulo es ensayar algunos problemas filosóficos que se encuentran al interior de los criterios, que normalmente se usan en la distribución de riñones para trasplante*. La manera de hacerlo es a través de la exposición de las técnicas que se ocupan para determinar el criterio de distribución, para después mostrar que éstas se encuentran inmersas en problemas filosóficos, y que por tanto su resolución no es suficiente. El orden que sugiero se realiza con fines expositivos únicamente, ya que su relación práctica es muy compleja; las relaciones entre los mismos pueden dar un sin número de combinaciones, y si se decidiera hacerlo ya se estarían hablando de casos concretos. La idea de mostrar problemas filosóficos se hace con la finalidad de criticar los prejuicios con los que se elaboran, en el sentido de que responden a concepciones culturales, políticas o filosofías no analizadas (como el caso del criterio médico en tanto verdad). Tal situación impide observar a la justicia distributiva de órganos para trasplante de manera profunda, sin idea de lo que se supone y de las consecuencias que tiene hacerlo e inevitablemente decidir quién sigue viviendo y quién no. Realizar la síntesis de cada criterio junto con sus problemas nos permitirá observar un panorama más amplio, así como las dificultades que necesitamos enfrentar, no sólo en los sistemas de salud y jurídicos de México, sino como una sociedad que se encuentra inmersa en un sistema político y económico que incide de manera determinante en nuestras vidas en general; y en particular, en la distribución de riñones para trasplantes en México.

¹³⁴ La Ley General de Salud decreta que los cadáveres no pueden ser objeto de propiedad, además de que deben ser tratados con respeto, dignidad y consideración (Art. 346).

1.1 DONADOR VIVO Y NO-VIVO. El problema de la muerte y de la consciencia.

La división entre donador vivo y no-vivo es posible gracias a que los sujetos son capaces de funcionar con un solo riñón (a diferencia del corazón por ejemplo); en principio, cualquier persona puede donar sin atentar contra su vida. Por otro lado, un donante cadavérico necesita necesariamente de un criterio de muerte, a este respecto existe una controversia que atenderemos en lo que sigue, por lo pronto enfoquémonos en el primer caso.

En un sentido más estricto no cualquier persona puede donar un riñón a cualquier otra, es común que la mayoría de los donadores vivos provengan de la familia cercana o de las personas unidas sentimentalmente. Es tan común que la idea se encuentra estipulada en el artículo 333 fracción VI de la Ley general de Salud:

Los trasplantes se realizarán, de preferencia, entre personas que tengan parentesco por consanguinidad, civil o de afinidad. Sin embargo, cuando no exista un donador relacionado por algún tipo de parentesco, será posible realizar una donación, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:” Los resumo: a) Resolución del CIT, evaluación médica y psicológica b) presentar el consentimiento que declara que es una donación altruista y c) cumplir requisitos administrativos establecidos por la Secretaría.¹³⁵

Es posible que la creación de una ley como esta sea con la finalidad de evitar el comercio de órganos, pero a su vez da cuenta de la manera en que se dan las relaciones humanas, a saber, a través de parentescos y afinidades. Teniendo esto en cuenta podemos establecer algunas valoraciones. Si pensamos que la disminución del número de pacientes en lista de espera es la mayor prioridad, lo mejor es promover la donación entre familiares, amigos, parejas, etc. Incluso sería conveniente disminuir los requisitos para ser donante, con firmar el consentimiento y tener una probabilidad de éxito aceptable sería suficiente. Si pensamos, por otro lado, que es importante tomar en cuenta las relaciones que existen entre el donante y el donador, familiares, amigos e incluso el médico, podremos obtener datos importantes que frenen el proceso. Es decir, el fin de trasplantar a la mayor cantidad de pacientes posible no ese justifica a sí mismo. Esto se puede aceptar una vez revisadas las relaciones entre familiares, amigos etc.:

a) El donador. De primera instancia, esta posición parece ser la menos favorecida en el proceso de donación, considerando que esta persona se expondrá a una cirugía mayor, con las medidas pre y post operatorias, además de la pérdida de un órgano vital. Esto sin

¹³⁵ http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf (página consultada el 28 de Febrero de 2014)

mencionar los gastos generados por terceros: transporte, alimentación o días no laborados. La situación es difícil porque el médico recomienda esta posibilidad y es difícil negarse aunque se quiera. Esto suponiendo sólo que el contexto moderno acepta como algo racional ayudar a las personas con las que tenemos un vínculo emocional, ya que pueden existir casos en que exista una presión más evidente, por ejemplo la ejercida por un padre o madre dominante, un chantaje emocional o en general cualquier medida para obtener el injerto. Nikola Biller y Henning Schauenburg hacen algunas recomendaciones para evitar cualquier tipo de presión a este grupo de personas, las resumimos de la siguiente manera: 1) La recomendación de donar por parte del médico debe ser abierta, no directa. 2) Se debe recurrir a un experto no relacionado, puede ser un psicólogo o psiquiatra, idealmente debería de ser un equipo multidisciplinario: trabajadores sociales, de enfermería y un doctor que conozca tanto al receptor como al donador. 3) Debe haber tiempo para hablar a profundidad con el donador, tanto solo como acompañado, incluso usar varias sesiones. 4) En caso de haber barreras del lenguaje debe haber un intérprete. 5) La evaluación debe realizarse siempre en diálogo, nunca a manera de interrogatorio. 6) Desde la perspectiva psicosocial debe existir un dictamen para determinar si el donador está capacitado para tomar esa decisión. 7) Considerar una “escapatoria” médica si el donador no quiere hacer explícita su negativa.¹³⁶

b) El receptor. Esta posición es la más beneficiada desde el punto de vista médico-estadístico. Los datos son proporcionados por Michael Nicholson y Andrew Bradley¹³⁷, ambos profesores de cirugía: Los resultados de un trasplante de riñón entre personas vivas son mejores que de un riñón extraído de un cadáver, esto se debe a que en promedio, el riñón proveniente de un donador vivo puede durar entre los 12 y 26 años, mientras que en el segundo caso es de 8 años. Los trasplantes de riñón entre vivos no relacionados genéticamente dan mejores resultados que los cadavéricos con haplotipos compatibles. En conclusión, los trasplantes entre sujetos vivos han dado mejor resultados, las razones son tres: 1) Un riñón vivo tiene una filtración glomerular normal y está libre de condiciones que

¹³⁶ Biller-Andorno, Nikola and Schauenburg, Henning. *It's only love? Some pitfalls in emotionally related organ donation*. Journal of Medical Ethics, 2001, Vol. 27, No. 3, pp. 162-164. <http://jme.bmj.com/content/27/3/162.full.html#ref-list-1> (página consultada el 28 de Febrero de 2014)

¹³⁷ Nicholson, Michael and Bradley, Andrew. *Renal Transplantation from Living Donors: Should Be Seriously Considered to Help Overcome the Shortfall in Organs*. BMJ: British Medical Journal, 1999, Vol. 318, No. 7181, pp. 409-410 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114884/> (página consultada el 04 de Marzo de 2014)

puedan dañar la función renal. 2) Los riñones vivos no están sujetos a detrimentos cardiovasculares, metabólicos y disturbios hormonales, los cuales están presentes en el tronco cerebral de los donadores cadavéricos. 3) La donación desde un sujeto vivo permite programar la cirugía, por tanto el tiempo que pasa el riñón fuera del organismo es mínimo, se reduce el tiempo de isquemia fría y la probabilidad de necrosis, cuestiones difíciles de controlar desde un donador cadavérico.

c) El médico. Considero que el médico tiene una posición porque su función no se limita a describir biomarcadores o propiedades fisiológicas de los organismos. Su experiencia le permite recomendar cursos de acción, por ejemplo continuar con la DP o HD en lugar de autorizar el trasplante. Además de ello, es natural que el médico se interese por que su paciente recupere la salud, esto hace que su juicio encuentre más afinidad a la posición del receptor.

d) Familia y amigos. En esta perspectiva ocurre algo similar que la anterior. Las familias de las personas no relacionadas genéticamente difícilmente sentirán afinidad entre ellas, dado que el lazo emocional radica en el donador y el receptor, no en las respectivas familias o amigos. Sin embargo, cada caso tiene sus particularidades, es necesario trabajar con los prejuicios para que la decisión sea llevada a cabo en los mejores términos.

Por otro lado, para distinguir a los donadores no vivos de los vivos tenemos que decir necesariamente qué es la muerte. En el discurso filosófico se dice que es un problema porque se relaciona con lo que se considera propiamente humano: el alma, las pasiones, y la vida moral. Por tanto la muerte tiene consecuencias en la moral que deriva de la especificación o cancelación de esto que se considera humano.¹³⁸ Uno de los problemas que nos interesa destacar es la relación de la muerte y su relación con la dicotomía mente-cuerpo, es importante porque en el marco jurídico de salud se distinguen dos “tipos de muerte”: encefálica y por un paro cardíaco irreversible. La comprensión de la relación de la muerte con la dicotomía es imprescindible; esto se necesita explicar a los familiares para que su decisión de autorizar la extracción de órganos esté bien informada. Para exponer

¹³⁸ Ruy Pérez Tamayo menciona que el momento de la muerte reorienta toda la moralidad del sujeto, las esferas: social, médica y legislativa cambian; el luto de la familia, el rol social, los tratamientos que recibe, etc. Pérez Tamayo, Ruy. *La ley, la ética médica y los trasplantes*. 2005, Revista de investigación clínica, Vol. 57 No. 2 pp. 170-176 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000200010 (página consultada el 04 de Marzo de 2014). En cuanto al alma y las pasiones, se consideran supuestos que aceptan normalmente las religiones; por tal motivo es necesario tenerlo en cuenta, ya que en México un gran porcentaje de la población práctica alguna de ellas.

algunos elementos útiles para comprenderla se puede comenzar con lo que dice la ley al respecto.

Artículo 343. La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos: I. Ausencia completa y permanente de conciencia; II. Ausencia permanente de respiración espontánea, y III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos. Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Artículo 344. Los signos clínicos de la muerte encefálica deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas: I. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica, corroborado por un médico especialista; II. Cualquier otro estudio de gabinete que demuestre en forma documental la ausencia permanente de flujo encefálico arterial.

Los signos observables que se enumeran en esta ley suponen una condición denominada muerte encefálica, la corroboración de los mismos depende, no de teorías comprobadas por la experimentación, sino por inferencias que se modifican constantemente y de la tecnología disponible.¹³⁹ Por ejemplo el uso del encefalograma (EEG) puede ser superado por tecnología más avanzada o incluso puede llevar a conclusiones erradas. Esto se debe a que la definición de muerte cerebral no es la misma para toda la comunidad médica. En un primer momento se definió la muerte cerebral por la ausencia de actividad registrada en el EEG, este diagnóstico se enfocaba en el tallo cerebral. Calixto Machado, investigador de neurología y neurocirugía de la Habana, menciona que la definición debe tener bases neurológicas: la irreversibilidad de la pérdida de conciencia.¹⁴⁰ Él toma distancia del criterio de muerte que se basa en la actividad del EEG porque la fisiología del cerebro necesita un sustrato anatómico y funcional para tener un estado de conciencia, por tanto, el registro del EEG está muy alejado de dar un indicio del funcionamiento de la conciencia en términos neurológicos.

La discrepancia en la comunidad médica al respecto de este tema es un reflejo del problema filosófico de fondo: la conciencia. De acuerdo a John Searle existen 4 principales dificultades: 1) La división entre la realidad física descrita por la ciencia y la

¹³⁹ Tampoco podemos esperar que en una Ley se describan todos los signos que determinan la presencia de la muerte cerebral, sin embargo cabe destacar que encontramos un texto de 1979 que explica siete criterios mucho más detallados que nuestra escueta Ley. Cfr. Luksza, A. R. *Brain-Dead Kidney Donor: Selection, Care, And Administration*. The British Medical Journal, 1979, Vol. 1, No. 6174, pp. 1316-1319 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1599581/pdf/brmedj00073-0022.pdf> (página consultada el 04 de Marzo de 2014)

¹⁴⁰ Machado, Calixto. *A definition of human death should not be related to organ transplants*. Journal of Medical Ethics, 2003, Vol. 29, No. 3, pp. 201-202 <http://jme.bmj.com/content/29/3/201.full> (página consultada el 04 de Marzo de 2014)

realidad mental del alma, 2) los procesos cerebrales en tanto causa de la conciencia, 3) la falta de claridad respecto del proceso cerebrales observable y su incidencia en la causa de estados subjetivos (qualia) y, 4) la metáfora de pensar el cerebro como una computadora digital y la mente consciente como un programa computacional.¹⁴¹ Estas dificultades especifican lo que entendemos por identidad, personalidad y pensamiento. En el caso de los aspectos que se enlistan en la ley general de salud se puede notar que solamente recurre a fenómenos observables, esto no implica una determinada manera de entender aquello que muere en el ser humano, ya que se puede aceptar algún tipo de dualismo, sustrato biológico, etc., y en cualquiera de los casos es necesaria hacer explícita la relación entre estos datos y aquella cosa.

Las dificultades teóricas que supone el problema son importantes porque sirven para llegar a definiciones justificadas para aplicarse en la ciencia y la política. Sin embargo, el conocimiento biológico que tenemos disponible no es suficiente para responder exhaustivamente a estas cuestiones. Además de ello, existen problemas para resolver situaciones prácticas. Por ejemplo, la segunda dificultad que menciona Searle muestra un sesgo entre los procesos cerebrales observados y los estados subjetivos. Al no existir una explicación de esta relación no es posible saber si un paciente en estado vegetativo siente dolor, angustia y mucho menos saber su voluntad. Pensar la conciencia de manera subjetiva e inaccesible implica que uno pueda caracterizarla de la manera que se desee, en efecto si pienso que mi conciencia es lo que me da identidad, mis características primordiales no pueden venir de fuera, además de que la ciencia no me puede decir qué soy, no tendría justificación porque el único que es consciente de mí, soy yo. Si pensamos en pacientes comatosos o en estado vegetativo el problema crece, la familia tendría que interpretar su decisión con base en las actitudes que le “observó” a su pariente. En última instancia la decisión es práctica porque se decide entre donar o no hacerlo, y eso es fácilmente comunicable.

Existe un estudio que documenta la problemática que enfrentaron seis familias mexicanas ante la muerte cerebral de uno de sus miembros.¹⁴² Las conclusiones a las que

¹⁴¹ Searle, John R. *The Mystery of Consciousness*. The New York Review of Books. New York, 1997, pp. 6-9

¹⁴² Netza Cardoso, Cruz (et. al.). *La donación cadavérica y su repercusión en las familias donantes mexicanas*. Revista de Bioética y Derecho, 2010, No. 20, pp. 11-17

se llega es que hay problemas de comprensión por la dicotomía cerebro-muerto, cuerpo-vivo; lo cual impide que la familia acceda a donar los órganos de su familiar. Algunas dificultades adicionales son el tiempo que transcurre entre el dictamen de la muerte y la petición para considerar la donación, además de la falta de confianza en las instituciones que regulan el proceso de asignación. Se toman en consideración factores externos, como la muerte repentina; aunque éstos no forman parte del proceso de donación, son importantes, porque es necesario entender el problema de la muerte de mejor manera. Finalmente se dan 5 recomendaciones: la absorción de gastos médicos de parte de la institución, apoyo psicológico a la familia, campañas de educación que versen sobre la muerte cerebral, implementación de algún método de agradecimiento de parte de la familia del receptor o viceversa (se valida la institucionalidad del proceso) y remuneración por gastos indirectos (gastos de traslado, comidas, etc.).

1.2 LA COMPATIBILIDAD. El problema de la libertad

La compatibilidad en términos fisiológicos se refiere al mecanismo de defensa que previene que patógenos externos invadan el cuerpo. Dicho proceso es posible gracias a la habilidad de las células T de reconocer los antígenos que no pertenecen al organismo. Estas células están formadas por moléculas con una determinada estructura llamada complejo mayor de histocompatibilidad (Major Histocompatibility Complex, MHC), el sistema que lo codifica está formado por Antígenos Leucocitarios Humanos (Human Leukocyte Antigen, HLA).¹⁴³ La acción de segregar anticuerpos por parte de estas células hace que cualquier tejido u órgano que no coincida con el HLA sea rechazado, esto significa que no puede ser funcional. ¿Cómo se puede hablar de compatibilidad si el HLA es único en cada persona? Salvo los gemelos idénticos, no existe una compatibilidad total. Sin embargo, la investigación que se realiza en este campo (2010) intenta crear una tolerancia de trasplante sin la necesidad de socavar el sistema inmune.¹⁴⁴ Para llevarlo a

http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD20_ArtNetza&Casas&Ramirez.pdf (página consultada el 04 de Marzo de 2014)

¹⁴³ Womer, Karl and Rabb, Hamid. *Immunologic Principles in Kidney Transplantation*. En Floege, Jürgen, *et. al.* (ed.) *Op.* *Cit.*, p. 1119
<http://www.sciencedirect.com/bsci.unam.mx:8080/science/article/pii/B9780323058766000964> (página consultada el 10 de Marzo de 2014)

¹⁴⁴ *Ibid.*, p 1132

cabo es necesario eliminar la reactividad de las células T por medio de irradiación seguida de la infusión de las células hematopoyéticas del donador. De este modo el riñón podría coexistir con el receptor de una mejor manera. No obstante la práctica médica cotidiana es la administración de inmunosupresores, como sería el caso de la ciclosporina. Bajo estas consideraciones tenemos dos posibilidades iniciales de pensar el criterio de la compatibilidad.¹⁴⁵ La primera consideraría que la compatibilidad entre el donador y el receptor debe tomar en cuenta el HLA para definir el caso. La segunda, al modificar la estructura molecular del órgano y del receptor, no existe la necesidad de conservar el criterio, pues todos los órganos funcionarían cuando esté disponible la tecnología requerida. Por lo tanto, las opciones se reducen a una. A este respecto el médico puede recomendar que algún pariente cercano pueda ser el donador potencial, pero hablando de estudios concluyentes, no es posible determinar en qué grado son necesarios los inmunosupresores, ya que no existe un monitoreo inmunológico fehaciente.¹⁴⁶ Normalmente se ha utilizado como prueba el tipo de sangre y el conteo de anticuerpos en los fluidos del cuerpo a través de un Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay, ELISA).

En última instancia el criterio médico tendría que ceñirse a la tarea de prevenir el rechazo del riñón, en este sentido la tecnología disponible juega un papel decisivo en el tratamiento postrasplante. Podemos afirmar que cada hospital necesita tener en cuenta esto para informar al paciente de los riesgos y beneficios. De acuerdo a Guillermo R. Cantú, en México no se toma en cuenta la compatibilidad porque no hay recursos humanos, materiales y administrativos. Sin embargo –nos dice– existe una controversia en la aplicación de la HLA como criterio, ya que puede ocasionar discriminación hacia minorías étnicas; no obstante nuestro país, al poseer un gran mestizaje carece de este tipo de problemáticas.¹⁴⁷ Parece entonces que decir algo al respecto es gratuito, ya que no tenemos los recursos en México para poner en práctica este criterio. Los estudios médicos que se realicen al respecto son inútiles para nosotros en tanto no se cambie esta situación. Sin

¹⁴⁵ De los criterios explícitos de la Ley general de salud, el de la compatibilidad está destacado junto con el de la urgencia y la oportunidad del trasplante.

¹⁴⁶ *Loc Cit.*,

¹⁴⁷ Cantú Quintanilla, Guillermo R. *Op. Cit.*, pp. 27, 35

embargo, con la información que tenemos y con la práctica que se actualmente se realiza, este criterio presenta algunas dificultades éticas que mencionaré a continuación.

La mayoría de los trasplantes que se hace entre parientes tienen más probabilidades de éxito debido a que la compatibilidad de HLA coincide en mayor medida. Uno de los requisitos que se manejan para ser donador es que sea voluntario. Tengamos presente la distinción entre ética de intimidad y ética de extraños; coincide que las personas que se encuentran en el núcleo familiar son las que tienen mayor posibilidad de ser compatibles (recalcamos que usamos el término “coincidir” porque desde mi argumentación la ética no es consecuencia de la biología). Por tanto, no existe mucho problema en cada uno beneficie a las personas de ese grupo. Desde el punto de vista filosófico se entrevén dos dificultades. Bajo qué condiciones se podría decir que alguien dona voluntariamente en vivo a alguien que no es íntimo. En otras palabras, es posible dejar de ser moderno –egoísta–. Otra dificultad que toma en cuenta el paradigma moderno sería: aceptando que reproducimos un patrón de conducta, al beneficiar a nuestros allegados, el acto voluntario, ¿sigue siendo voluntario? Tal vez las preguntas que planteamos no tengan relevancia si pensamos que es mejor que el mayor número de personas reciban un riñón. En el capítulo anterior se presentaron algunas razones para considerar que lo mejor no es fijarse en las estadísticas, en la disminución de pacientes en lista de espera a como dé lugar, ahora estamos en una situación muy similar, sólo que ahora observaremos la relación entre la compatibilidad y el acto voluntario –la libertad–. Un tema que quedó pendiente en aquel apartado. Para realizarla es necesario involucrar en mayor medida el discurso y doctrinas filosóficas, dado que el problema de la voluntad es muy amplio.

Pensemos que el mecanicismo cancela la posibilidad de la voluntad porque todo se reduce a movimientos causales discretos. Por otro lado, si consideramos que el hombre tiene algún elemento indeterminado que le permite cambiar dichos movimientos, él tiene la capacidad de decidir. En un sentido más general, el discurso filosófico ha enfrentado dificultades similares, por ejemplo: ¿Cómo sabemos que no somos un cerebro en una cubeta?¹⁴⁸ Son similares porque parece que no hay una manera de comprobar que sí lo

¹⁴⁸ No sabemos que no somos cerebros, flotando en el líquido contenido en una cubeta de laboratorio, conectados con un computador que nos provee de las experiencias que tenemos encada momento y bajo el control de algún técnico/científico inteligente (o bondadoso, o malévolo, dependiendo de los gustos de cada cual). No lo podemos saber porque, en el caso de que lo fuéramos y si el científico tuviera éxito, nada en

seamos o que no, o que tenemos libertad o que no. Lo que nos llevaría a una pregunta más profunda: ¿Por qué filosofar? En efecto, si en el curso cotidiano de nuestras vidas, los problemas como el de la libertad o el del conocimiento parecen intrascendentes, por qué habríamos de ocuparnos de ellos. Una respuesta se puede encontrar si pensamos en la distinción: lo “real” y lo que “aparece”. Si suponemos que nuestros problemas cotidianos aparecen de una manera que no es posible modificar, hemos supuesto que lo que aparece es lo real. Nuestra vida moral actual y el conocimiento disponible en un momento determinado serían lo verdadero, algo inapelable que no tiene sentido debatir.

Es posible que la ley y la sociedad siga privilegiando los trasplantes que se dan entre parientes, tal vez tampoco sea necesario indagar si es una conducta condicionada o sea un acto voluntario, no debido a que carezca de importancia en un sentido amplio, ya que puede servir como ejercicio intelectual, o vehículo de autoconocimiento, etc. Sin embargo, sí puede ser menos importante que otros problemas que atañen a la voluntad, uno de ellos es la libertad política que encontramos en un estado. En efecto, si alguna persona desea donar un riñón a un familiar, su libertad puede ser eliminada al no existir los medios para realizarla; si la costumbre nos dicta que vivimos es un estado que no provee recursos inmediatos, como hospitales y médicos; y secundarios como vivienda y alimentación, nuestra falta de libertad estará sesgada definitivamente. Es posible que este problema sea más grande y abarque factores económicos y políticos propios de nuestra era moderna, no obstante apuntarlos no nos parece gratuito, ya que estar consciente de ellos es el primer paso para cambiarlos.

1.3 LA EDAD. La cura de la vejez y la teleología de la vida humana.

De acuerdo a las estadísticas que ofrece el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), en el Distrito Federal, en el primer trimestre de 2013, el 13.6% de la población eran adultos de más de 60 años. Lo que significa un aumento con respecto al mismo periodo del año 2010, exactamente .08 puntos porcentuales.¹⁴⁹ Las proyecciones poblacionales de la CONAPO (Consejo Nacional de Población) indican que para el año

nuestra experiencia nos revelaría que lo somos. Dancy, Jonathan. *Introducción a la epistemología contemporánea*. Traducción de José Luis Prades Celma. Tecnos, Madrid, 2007, p. 24

¹⁴⁹<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/poblacion9.pdf>
(página consultada el 10 de Marzo de 2014)

2030 habrá un adulto por cada dos jóvenes, y para el 2050 los porcentajes de ambos grupos serán similares.¹⁵⁰ Tomando en cuenta estos datos podemos observar que un grupo importante de la población se encuentra, y muy posiblemente exigirá un lugar en listas de espera para trasplante. Desde la perspectiva “médica” la edad es un factor relevante para asignar un riñón; la argumentación desde esta perspectiva sostiene que la pérdida de la funcionalidad del riñón es una condición biológica que ocurre con el paso del tiempo, no depende de ninguna política y por tanto es una perspectiva objetiva. Los adultos mayores tienen desventajas para que un riñón les sea trasplantado. Sin embargo, si lo más valioso es vivir el mayor tiempo posible, entonces no existe un fundamento para pensar que los más jóvenes tienen mayores posibilidades de acceder a esta terapia médica respecto de los adultos, ancianos o niños¹⁵¹. Lo que importa es prolongar la vida a como dé lugar, no importa si se ocupan grandes cantidades de recursos o si no se pueden desempeñar las actividades cotidianas. Esta crítica supone que la biotecnología puede reducir, e incluso erradicar los efectos degenerativos de la edad; es decir, la ciencia puede conquistar a la naturaleza humana en un sentido absoluto. Esa es la idea subyacente al progreso científico. El éxito de esta empresa se ha hecho patente al observar el incremento de la expectativa de vida en los últimos años.¹⁵² Si observamos las enfermedades degenerativas del riñón como condiciones que tienen que sanarse, la edad no es un criterio justificable, ya que en principio, la funcionalidad del riñón puede ser restablecida por las distintas terapias, en este sentido la edad no es una condición cualitativamente distinta a otro estado que merme la fisiología del órgano.

Gran parte del debate ético que concierne al tema de la edad como criterio de distribución se concentra en estas dos posturas, mismas que podemos caracterizar como, la progresista (la ciencia curará la vejez) y la pesimista (es imposible curar la vejez). Es un

¹⁵⁰ http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_situacion_demografica_en_Mexico_Panorama_desde_las_proyecciones_de_poblacion (página consultada el 10 de Marzo de 2014)

¹⁵¹ La distribución de órganos para candidatos pediátricos es un tema que ofrece mucha discusión en ética y medicina, ya que las propiedades biológicas de estos pacientes son muy distintas a las de un paciente adulto. Además que el estatus moral de estas personas es también muy complejo cuando se enfrenta a un trasplante. Es este escrito no desarrollamos estas ideas porque nos desviaríamos demasiado del tema. Para un estudio y bibliografía se puede consultar Pitt, S. C (*et. al.*) *Organ allocation in pediatric renal transplants: is there an optimal donor?* Clinical Transplantation, 2013, Vol. 27, No. 6, pp. 938-944 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ctr.12272/pdf> (página consultada el 10 de Marzo de 2014)

¹⁵² En México, la expectativa de vida en los 30's era de 34 años, en 2014 es de casi 75 años. <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P> (página consultada el 10 de Marzo de 2014)

problema ético porque la aceptación de una u otra postura no radica en el discurso científico, sino en su conexión con temas como el individualismo, el relativismo ético, las políticas públicas, el valor de la muerte y por supuesto, de la vida –teleología–. Para realizar un análisis completo habría que definir cada uno, así como su relación con el criterio; no podríamos realizar esta tarea en este espacio, pero podemos ofrecer algunos razonamientos que indican una manera en que éstos se relacionan.

Daniel Callahan ha sido el mayor representante de esta postura, su controversial texto de 1984, *Poner límites: los fines de la medicina en una sociedad que envejece*, contiene argumentos que proponían determinar el tiempo suficiente para vivir, las restricciones de salud por parte del estado hacia los ancianos, incluso las experiencias suficientes que dan cuenta de una vida plena. La tarea que emprende Callahan es ardua, ya que tiene que enfrentar prejuicios modernos que difícilmente admiten una crítica, el más evidente es el individualismo. La idea que normalmente consideramos es que cada uno valora la vida como mejor le parezca, no hay manera de que alguien decida cuánto y cómo vivir. Callahan lo hace.

Así, “la duración natural de la vida” puede definirse como aquella en que las propias posibilidades han sido realizadas por completo y después de la cual la muerte puede ser considerada como un suceso triste, pero, sin embargo, relativamente aceptable. [...] Entre ellas [las propias posibilidades] se incluyen: el trabajo, el amor, la formación y mantenimiento de una familia, la convivencia con otras personas, la lucha por unos ideales morales y de otro tipo, la experiencia de conocer la belleza, los viajes y el conocimiento.¹⁵³

En la segunda edición del texto, existe una sección intitulada: *Una respuesta a mis críticos*, en ésta se enfatiza la definición que acabamos de citar, al mismo tiempo que acota su característica biográfica y no biológica;¹⁵⁴ es decir que “las propias posibilidades de vida” que recopila son arbitrarias, valoraciones sociales que indican cómo se debe vivir una vida, no son determinaciones biológicas o médicas. Callahan especifica la duración de vida natural bajo estas características por experiencia y su estudio de varias culturas.¹⁵⁵ Considerando esto, nosotros queremos a su vez destacar la característica ética de este criterio distributivo. Si este criterio es eminentemente ético, la argumentación para revalorar sus fundamentos no necesariamente requiere una demostración lógica. En efecto, en la misma sección, vuelve a escribir las expectativas que espera de su argumentación:

¹⁵³ Callahan, Daniel. *Op. Cit.*, p. 85

¹⁵⁴ *Ibid.*, p. 299

¹⁵⁵ *Loc Cit.*,

“[...] lo que me propongo conseguir no es un cambio rápido sino el inicio de discusión a largo plazo, una discusión que tal vez lleve a la gente a cambiar su forma de pensar y, lo que es más importante, sus expectativas acerca de la vida y la muerte”.¹⁵⁶ Si consideramos que su argumentación no se construye exclusivamente para el ámbito académico, sino también para el público en general, es muy probable que las razones sean más emotivas que lógicas. Un ejemplo de ello es la definición que acabamos de citar, si pensamos que las posibilidades de vida que ofrece Callahan son las que normalmente se aceptarían, entonces estaremos dispuestos a aceptar sus consecuencias: Si llegamos a una edad avanzada entonces se ha encontrado el amor, formado y mantenido una familia, etc. La misma idea que establece ciertas actividades por realizar, fija el plazo en que se deben alcanzar. Pensando en un sentido teleológico de la vida, incluir eventos necesarios para completarla incluye el evento de terminarla. Por tanto aceptaremos de mejor manera una política pública que niegue la prolongación de la vida indefinidamente, aceptaremos el significado de nuestra muerte en estos términos. Lógicamente el argumento no se sigue, el que no hayamos tenido la oportunidad de realizar estas posibilidades, en caso de que en efecto lo sean, no se sigue que no las alcancemos en la vejez (falacia de inducción). En defensa de Callahan podemos recordar la distinción entre creencias y actitudes que recuperábamos del discurso de Stevenson, en ésta se muestra que la diferencia entre actitudes no pueden ser resuelta apelando a la observación de algún fenómeno, como es el caso de las creencias. En este sentido no es posible demostrar un argumento ético exhaustivamente, en última instancia las conclusiones del mismo no pueden ser más que recomendaciones. La recomendación que hace Callahan es que tomemos una actitud distinta ante la muerte, para que el estado no esgrima políticas que se destruyan la libertad del individuo por completo.

A pesar de la retórica que podamos encontrar en este texto, desde mi perspectiva, su argumentación también toca uno de los principales problemas éticos, quizás el más importante: El estatus ontológico del individuo y del estado. Desde la perspectiva de Callahan el estado es ontológicamente anterior que el individuo, es decir, el estado no se forma cuando el conjunto de individuos pactan respetar sus derechos y obligaciones; al contrario, las políticas públicas de justicia deben imperar sobre los deseos de los individuos, ya que estos sólo se manejan por prejuicios de una “sociedad opulenta,

¹⁵⁶ *Loc Cit.*,

hiperindividualista y con motivos tecnológicos”.¹⁵⁷ El paradigma moderno nos determina para buscar nuestro propio beneficio, el más común es prolongar la vida; argumentar en contra del individualismo y el relativismo también crea consecuencias difíciles de aceptar, una de ellas es el socavamiento de la libertad de decidir sobre nosotros mismos. En efecto, la tensión se genera cuando todos deciden ser libres y nadie está sujeto a fin común, la medicina no tiene un fin en estricto sentido, no tiene dirección porque no hay una idea de bien subyacente común a todos, y prolongar la vida indefinidamente parece una empresa imposible.

Es este contexto es necesario formular una política de distribución de terapias que reemplacen la función del riñón. En efecto, no sólo hablo de que los ancianos no pueden concursar por un riñón, sino que los recursos que parten del estado para realizar DP y HD son también restringidos. Esta política sería consecuencia de tomar postura frente a esta dificultad, aunque también es necesario tomar en cuenta las implicaciones económicas, sociales, morales, etc. Todos estos campos tendrán algo que decir frente a una población que envejecerá a largo plazo, el esfuerzo de Callahan por señalar la necesidad de repensar el paradigma moderno en aras de una nueva política ha abierto el tema. Los críticos del autor han aportado, directa o indirectamente algún argumento al respecto. Por ejemplo Roger Hunt menciona que el argumento de Callahan soslaya el principio de autonomía de los ancianos.¹⁵⁸ Aunque por autonomía se pretenda decir que cada persona debe ser tratada como un fin, no como un medio para la satisfacción de las futuras generaciones. Hunt nos menciona que el principio de autonomía permite la satisfacción igualitaria de intereses individuales. Su crítica también enfrenta el problema de la libertad que implica la ontología del individuo con respecto del estado y de otros individuos. La pregunta sigue en el aire, Callahan se atrevió a argumentar de manera políticamente incorrecta, ningún gobierno declararía abiertamente que los ancianos dejarán de recibir los tratamientos que suplanten las funcionalidades del riñón o el acceso a cualquier servicio sanitario. Sin embargo las condiciones futuras de la población apremiarán en un momento y será necesario revalorar lo que este autor pensó hace 27 años.

¹⁵⁷ Callahan, Daniel. *Op. Cit.*, p. 311

¹⁵⁸ Hunt, Roger W. *A Critique of Using Age to Ration Health Care*. 1993, *Journal of Medical Ethics*, Vol. 19, No. 1, p. 20 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1376163/pdf/jmedeth00286-0021.pdf> (página consultada el 10 de Marzo de 2014)

1.4 LA PROBABILIDAD DE ÉXITO. La medida del bienestar

Este criterio se puede entender de muy diversas maneras, en el aspecto médico, por ejemplo, se puede decir que el éxito se refleja en una cirugía sin complicaciones, en la probabilidad de supervivencia del paciente después del trasplante, en la obediencia del paciente al tratamiento post-trasplante, etc. En el aspecto filosófico recuperé la idea costo-beneficio del discurso hobbesiano cuando hablé del criterio médico, a sí mismo, al identificar esta idea en el contexto de la modernidad se abría la posibilidad para pensar que un balance costo-beneficio en un sentido absoluto es imposible, pues habría que tener en cuenta demasiados factores, incluso la forma en que éstos se relacionan, por ejemplo, los médicos, ambientales, psicológicos, sociales, económicos, morales, etc. En última instancia la tarea no terminaría ahí, sería necesario establecer la idea de éxito, o lo que los filósofos llaman, la idea de bien. Ahora me enfocaré en los problemas éticos especificados en los aspectos médicos.

Incluso sin tocar los problemas éticos, la controversia comienza cuando se revisa la historia de las conclusiones a las que se han llegado en los estudios médicos. Uno de ellos muestra es que la histocompatibilidad no es un factor determinante en la probabilidad del éxito. En 1980, Jean Marx y Thomas Maugh analizaron los estudios que se han hecho al respecto,¹⁵⁹ mencionan que una persona que se le ha hecho alguna transfusión tiene más probabilidades de sobrevivencia, a tal grado que puede prescindir de cualquier medida de compatibilidad.¹⁶⁰ Los autores mencionan que el proceso no es entendido completamente, podemos suponer que estos intentos de eliminar la compatibilidad responden a la intención de saber cómo adaptar un órgano a su receptor con la ayuda de la tecnología para modificar su estructura.

Otro de los aspectos a considerar en la probabilidad de éxito es el tiempo de sobrevida del paciente y del injerto después del trasplante. Tengamos en cuenta lo que mencioné acerca de la procedencia del riñón, tanto de donante vivo como fallecido, en tanto

¹⁵⁹ Específicamente de la Fundación de Obtención de Órganos del Sudeste (Southeastern Organ Procurement Foundation, SEOPF) y en el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas. (National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID)).

¹⁶⁰ Marx, Jean L and Maugh, Thomas H. *Improving the Success of Kidney Transplants*. Science, New Series, 1980, Vol. 209, No. 4457, p. 673 <http://www.jstor.org/pbidi.unam.mx:8080/stable/pdfplus/1684351.pdf?acceptTC=true&acceptTC=true&jpdCconfirm=true> (página consultada el 10 de Marzo de 2014)

factores determinantes para la sobrevida, además de las consecuencias de ello. Sumemos a esos factores el tiempo previo en DP o HD, el rechazo y la calidad del órgano. La conclusión de estos factores se mide en cifras porcentuales y estadísticas. En un estudio realizado en el Hospital General, Centro Médico Nacional “La Raza” (HGCMNR), se recopilaron datos que abarcaron de enero de 2003 a junio de 2009, contabilizando el número de trasplantes y el tiempo de sobrevida en un año.¹⁶¹ Los resultados que se obtuvieron estipulan que el 83.9% (donante fallecido) y 94.3% (donante vivo) de los pacientes sobrevivieron el primer año. Los factores que inciden en estos porcentajes son numerosos, las enfermedades de ocasionaron la IRC, sus características fisiológicas, etc.

Si pensamos que la sobrevida no es un indicador de éxito, podemos pensar en dar un lugar a la calidad de vida. A este respecto es conveniente recordar algunos puntos que ya he mencionado. La encuesta de salud de 36 elementos de RAND¹⁶² pretende medir la calidad con base en reportes subjetivos; además de la dificultad que implica elaborar conclusiones a partir de una encuesta, tanto para el paciente como para el conjunto de ellos, también conviene pensar los fines con los que se publican. Sabemos que esa información es inaccesible, a pesar de ello, podemos especular que las campañas de donación de órganos influyen en algunos escritos académicos, no en el sentido de que la información que presenten sea falsificada o alterada, sino desde las preguntas que se hacen y la perspectiva del paciente. Por ejemplo, en la prueba, la mayoría de las preguntas requieren de una respuesta que se mide en una escala de 5 grados; se pregunta “¿Cuánto dolor físico ha tenido durante las últimas 4 semanas?”¹⁶³ El reactivo tiene una escala que va desde “ningún dolor” hasta “muy severo”. De esta forma califican aspectos emocionales, sociales y físicos. Tengamos también en cuenta que los pacientes entrevistados que recibieron un riñón sufrían de una enfermedad terminal que amenazaba su vida, lo natural es pensar que la expectativa de vida mejoró, en este sentido es difícil pensar que los aspectos físicos, emocionales o sociales que se mermaron por el trasplante son mínimos en comparación de

¹⁶¹ Ticona-Garrón, A. B (et. al.). *Supervivencia del paciente e injerto renal al año de trasplante de donante fallecido; comparación con resultados de donante vivo*. Revista Mexicana de urología, 2010, Vol. 70, No. 06, pp. 347-353 <http://www.revistamexicanadeurologia.com/Revistas/2010/Espanol/Noviembre-Diciembre/2-SUPERVIVENCIA.pdf> (página consultada el 10 de Marzo de 2014)

¹⁶² Ver nota 107

¹⁶³ Reactivo 21 de la encuesta de salud de 36 elementos de RAND

la oportunidad de seguir viviendo (la paradoja de la discapacidad¹⁶⁴). Evidentemente el argumento funciona una vez que aceptamos que prolongar la vida por más tiempo es más valioso que cualquier secuela. Por lo tanto, las encuestas que intentan medir la calidad de vida después de la donación reflejan esta situación, tal vez esta condición sea inherente a este tipo de estudios; sin embargo, cabe la posibilidad de que los resultados sean sobrevalorados y logren incentivar la donación altruista. Es políticamente aceptable decir que las cifras de pacientes en lista de espera se han reducido, ya que pensamos en términos utilitaristas.

Es muy difícil recuperar el concepto de calidad de vida y su relación con el criterio de la probabilidad de éxito sin acudir a una estadística. Nuestra tarea puede quedar reducida a concebir el mejor cuestionario para elaborarla. La Organización Mundial de la Salud (OMS) adaptó un instrumento de medición de la calidad de vida que se relaciona con la cultura, los sistemas de valores, las metas personales, estándares e intereses, lo nombraron: The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL).¹⁶⁵ Si es posible, tal instrumento sería redundante, puesto que supone de antemano que los valores compartidos y el nivel de calidad de vida es la medida en que se obtienen. Este parámetro no puede servir como referente para otras personas ya que cada quien asume metas personales y estándares de vida. En un estudio realizado en el Reino Unido donde se tomó en cuenta el WHOQOL, se concluyó que el donador de riñón no sufrió un efecto adverso a su salud física, psicológica y social. El receptor mejoró substancialmente varios aspectos de su vida, además de que no se observaron cambios en los campos social y ambiental.¹⁶⁶ En suma no existen efectos adversos tanto para el donador como para el receptor.

¹⁶⁴ Véase: Albrecht, Gary L and Devlieger, Patrick J. *The disability paradox: high quality of life against all odds*. Social Science & medicine, 1999, Vol. 48, No. 8, pp. 977-988 http://www.researchgate.net/publication/12909258_The_disability_paradox_high_quality_of_life_against_all_odds (página consultada el 10 de Marzo de 2014)

¹⁶⁵ http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/ (página consultada el 18 de Marzo de 2014)

¹⁶⁶ Lumbsdaine, Jennifer A (et. al.). *Higher quality of life in living donor kidney transplantation: prospective cohort study*. Transplant International. 2005, Vol. 18, No. 8, p. 979 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1432-2277.2005.00175.x/pdf> (página consultada el 18 de Marzo de 2014)

1.5 EL VALOR SOCIAL. La desigualdad social y el acceso al sistema de salud.

Vivimos en una sociedad jerarquizada con base en un sistema económico político y social. Las condiciones de vida de los distintos niveles se reflejan en los diferentes accesos a la atención médica, nutrición, vivienda, servicios sanitarios, etc. Ser de escasos recursos en México significa, en muchas ocasiones, tener un acceso precario a estos servicios que impactan en la salud. Por mencionar un ejemplo al azar: La mala nutrición es un factor determinante que causa obesidad, una de las principales consecuencias de esta enfermedad es la Diabetes Mellitus tipo II, el principal órgano que se ve afectado por esta enfermedad es el riñón. Una población mal nutrida genera un mayor número de personas que buscan un trasplante, sin embargo no todos pueden recibir esta terapia y no todos cuentan con seguridad social.¹⁶⁷ Este sistema económico es causa y consecuencia de los distintos niveles de acceso a la salud. Además de los factores mencionados existen asunciones culturales que privilegian a distintos grupos distinguidos por género, raza, orientación sexual, etc. No es algo novedoso decir que en nuestro país está muy marcada todavía la discriminación hacia esos grupos. Dentro del discurso ético y jurídico se ha ensayado combatir estos prejuicios a través de argumentos que hablan sobre la identidad de género, derechos de los indígenas, de la comunidad Lésbico-gay-bisexual-trassexual-transgénero-travesti-intersexual, LGBTTTI y el machismo. Sin embargo, la presencia de esta moral forma una sociedad estratificada de sujetos con diferentes oportunidades dadas de antemano.

Decir que el valor social de las clases sociales, raza, género, etc., debe ser tomando en cuenta en alguna medida para la distribución de recursos para la salud, va en contra de cualquier manera de hacer políticas públicas en la actualidad. Este criterio idealmente no debería tomarse en consideración en ningún sentido, ello se debe principalmente a que asumimos que se llegará algún día a erradicar cualquier diferencia entre los hombres. Sin embargo, la experiencia cotidiana nos muestra lo contrario, la distinción entre los distintos grupos está más marcada. De acuerdo al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL, en el año 2012, había 536.9 millones de personas en

¹⁶⁷ La información que recopila el CONAPRED indica que “7 de cada 10 personas en México desarrollan su actividad laboral con algún grado de informalidad, mientras que 8 de cada 10 unidades productivas que las emplean se encuentran fuera del marco de regulación”. En muchas ocasiones la relación entre el trabajador y el empleador es sólo a través del salario, sin seguridad social. http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Reporte_2012_Trabajo.pdf (página consultada el 24 de Marzo de 2014)

pobreza y 9.8 millones en pobreza extrema en México.¹⁶⁸ Las encuestas que ha elaborado el Consejo para prevenir la Discriminación, CONAPRED, muestra que en nuestro país existe una percepción de discriminación hacia las mujeres, etnias, niños, jóvenes, ancianos, discapacitados, migrantes, trabajadoras del hogar y personas con distintas preferencias sexuales.¹⁶⁹ Estos datos sugieren una condición social que va en contra de los dogmas de la modernidad, a saber, que todos somos iguales. Quizás la contradicción no dependa únicamente de la ineficacia para contravenir los prejuicios discriminatorios, sino desde los axiomas inconclusos de la misma modernidad. En efecto, hasta ahora no existen conclusiones evidentes que muestren que el proyecto moderno esté destinado al fracaso o que estemos “progresando”. Por tanto, la discriminación puede entenderse como una condición necesaria para llegar a una sociedad tolerante e igualitaria o, puede ser el síntoma del advenimiento de una estratificación más marcada e imposible de erradicar.

Esta tensión nos obliga a pensar este criterio como una incidencia actual o posible en la distribución de riñones. En el primer capítulo mencionaba que el marco jurídico mexicano designa un comité como único responsable de tal tarea (CIT), en este sentido una argumentación desde los grupos más vulnerables puede abrir caminos para vivir en una sociedad más equitativa. Esta idea cobra más fuerza cuando se piensa que los miembros del CIT no tienen una preparación en bioética (tal como mostramos en un estudio que se realizó a los médicos residentes del HGCMNR). Una propuesta viable es que se incluyera en el comité, por lo menos a una persona que perteneciera a alguno de estos grupos o que se prestara mayor atención al discurso bioético que se realiza en estos rubros. Sin embargo, por la naturaleza misma de la problemática, es propio pensar que algunas de las propuestas no se concentren exclusivamente en la manera en que son designados los recursos que ya están disponibles, hablese de medicinas, consultas médicas u órganos para trasplante. Las propuestas también se tienen que elaborar pensando en el mismo sistema económico. Para calibrar de manera más específica los distintos enfoques que surgen de la contradicción podemos considerar, por un lado el discurso Susan Sherwin y John Rawls, y por otro el de James Childress.

¹⁶⁸ <http://web.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Pobreza-2012.aspx> (página consultada el 24 de Marzo de 2014)

¹⁶⁹ <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf> (página consultada el 24 de Marzo de 2014)

Susan Sherwin, profesora de filosofía y de estudios de la mujer en la Universidad de Dalhousie, ha estudiado la opresión que se ejerce contra estos grupos en el sentido de apuntar al establecimiento de una condición igualitaria entre las personas y su repercusión en la distribución de los cuidados de la salud. Para considerar su discurso se tiene que pensar que, en efecto, el problema de la justicia distributiva no sólo depende del sistema de salud, sino de factores económicos, sociales y políticos, ya que de esta manera se puede entender que la salud y la enfermedad son condiciones que se encuentran imbricadas con los prejuicios que ordenan a la sociedad jerárquicamente. Así, se puede hablar de enfermedades “propias de los grupos discriminados”.¹⁷⁰ En un sistema paternalista de salud, como el que existe en México, los recursos de salud deberían ayudar, tanto en medicina preventiva como terapéutica, así se combatiría el problema desde su causa y consecuencia. Desde mi discurso esta tarea se realiza cuando pensamos que la salud no sólo apunta al restablecimiento de la función del organismo en virtud del órgano trasplantado, sino que también puede prevenirse dando más atención a los grupos vulnerables. Específicamente la propuesta de Sherwin es que se dirija la atención a la mujer, ya que normalmente el trabajo realizado por ellas es discriminado pese a su importancia en tanto prevención de enfermedades. Si observamos el trabajo que ellas realizan en el hogar, daremos cuenta del impacto en la salud y en la enfermedad, principalmente por la educación que dan a los niños, en hábitos de higiene y alimentación. La respuesta a esta situación parece simple, es necesario incluir en el presupuesto social la educación de las amas de casa, y eliminar cualquier política que sugiera algún tipo de discriminación.

En el momento en que consideramos este tipo de soluciones parece que dirigimos el esfuerzo por buen camino, sin embargo las consecuencias son más radicales de lo que parece a simple vista. Para mostrarlo es necesario observar la dialéctica de los presupuestos modernos que mencionaba en la introducción. Nos pensamos como iguales bajo los preceptos de la ciencia moderna, las implicaciones las trasladamos a la ética y exigimos una sociedad imparcial. Es conveniente detenernos un poco al respecto y pensar ¿Qué estamos exigiendo realmente? Si decimos, igualdad, tendremos que cancelar el valor social de una persona. ¿Podríamos pasar por alto el beneficio que las personas puedan retribuir a la

¹⁷⁰ Sherwin, Susan. “Gender, Race, and Class in the Delivery of Health Care” en Jecker, Nancy Ann S, *et. al.* (ed.) *Op. Cit.*, p. 285

sociedad? ¿Sería obvio, por ejemplo, la indiferencia al beneficio social que signifique prolongar la vida de un científico que de un preso? La dificultad para responder a estas preguntas se debe a que hemos sido indocinados en la teoría del utilitarismo. Sin embargo, no aceptamos sus consecuencias últimas, pensar al hombre como un medio y no como un fin, de otra manera no hablaríamos de dignidad. Incluso aceptando al utilitarismo enfrentamos serias dificultades, ya que sería necesario hacer una comparación de los valores sociales, para priorizar los que maximizan el mayor bien para el mayor número. Por ejemplo la educación, investigación científica, las artes, etc.

Una de las propuestas que toman en cuenta las consecuencias de erradicar el valor social se encuentran en un ensayo de James Childress intitulado, *Who Shall Live When Not All Can Live?*¹⁷¹ Su idea central es que después de realizar todos los estudios médicos que determinan los candidatos a recibir el órgano, se utilice un criterio “azaroso” para determinar el receptor. Las razones de implementarlo estriban en que este criterio preserva la idea de igualdad de oportunidad y autonomía, por ende, dignidad personal; además, el hecho de ser rechazado provoca menos estrés cuando la decisión fue azarosa que con base en valores sociales. Childress considera que un criterio como este debe permitir algunas excepciones, éstas deben ser resultado de un análisis que indique que una persona es tan indispensable en dado momento y lugar que la cancelación de los valores preservados por una selección azarosa es justificable. El argumento –nos dice– funciona de manera negativa, no se determina a la persona se beneficiará de la terapia por el beneficio que pueda proveer a la sociedad, sino por el daño que pueda provocar su pérdida. En última instancia, estas excepciones deben ser determinadas por un comité específico. Childress considera que atender primero a quien llega antes es un criterio azaroso, ya que no se fundamenta en razones, todo depende de circunstancias que pasan por alto una discusión de criterios de justicia. Aquí podemos considerar estos factores.

1.6 EL TIEMPO DE ESPERA. La ética del negocio en la salud.

Parece muy natural de inicio considerar que el tiempo de espera es un factor decisivo para determinar el orden en que los candidatos recibirán un órgano para trasplante. Esto se debe

¹⁷¹ Childress, James F. “Who Shall Live When Not All Can Live?” en Jecker, Nancy Ann S, *et. al.* (ed.) *Op. Cit.*, pp. 35-44

principalmente a que esta idea se finca en presupuestos de igualdad y autonomía. En efecto, nuestra manera de percibir la justicia, en el tiempo que esperamos, responde a los dogmas de la modernidad. Por esta razón lo justo es respetar la idea de: el primero en llegar se atiende primero (*first-come, first-served*, FCFS). En este sentido, el tiempo de espera se relaciona directamente con el tiempo de llegada. Cabe señalar que esta idea ha sido asumida en gran medida debido a su aplicación en la economía, a la hora de comprar “un producto o servicio”. En gran medida los hábitos de consumo nos acostumbran a ver esta idea de manera común, tal vez lo que no tengamos tan claro es que esta idea implica confianza y cooperación.¹⁷² Menciono esto porque la ética en los negocios se especifica tomando en cuenta el interés personal, la afamada frase, “negocios, son negocios” (*business is business*), quiere decir que la ganancia personal se valora más que cualquier otro aspecto, incluyendo la confianza y la cooperación. Esta ambivalencia permite que nos consideremos más hábiles, y no injustos, si logramos “meternos” en la fila.

Evidentemente el tiempo de espera en una fila de un centro comercial no tiene la misma dinámica que aquella que se forma del conjunto de personas que necesitan un riñón para sobrevivir, o para vivir mejor. No puede ser igual porque el mercado de órganos no es una práctica en nuestro país (Art. 327); sería contradictorio sostener que un riñón se puede distribuir con fundamento en principios económicos solamente, ya que intervienen factores “externos”, como la justicia distributiva de los bienes en general, la desigualdad social, etc. Tomar distancia de estos principios no quiere decir que los desechemos de inicio, considero que al asumirlos se recuperan elementos positivos, como la conservación del respecto a la igualdad y autonomía de las personas que esperan. Aunque aceptar esto parezca benéfico, las consecuencias no son infalibles. Para mostrarlo consideremos que se debe respetar la regla de que el primero en llegar se atiende primero. Los responsables de hacerlo sería el personal de salud involucrado, el comité interno de trasplante debería vigilar que no existan distinciones más que las que marca la regla. Dado que estas personas trabajan para el estado, se puede decir que éste guarda el lugar de las personas en lista de espera, no hay manera de que se pueda “saltar” en la fila y beneficiar a alguien. En este

¹⁷² Brady, F. Neil. *Lining Up for Star-Wars Tickets: Some Ruminations On Ethics and Economics Based on An Internet Study of Behavior in Queues*. Journal of Business Ethics. 2002, Vol. 38, No. 1-2 p. 162 <http://www.jstor.org/pbidi.unam.mx:8080/stable/pdfplus/25074786.pdf?acceptTC=true&jpdConfirm=true> (página consultada el 25 de Marzo de 2014)

sentido no es necesario que exista confianza y cooperación entre los candidatos, sino confianza en las instituciones del estado. Gran problema al que se enfrentan las personas que consideran que el tiempo de espera debe considerarse como criterio distributivo, ya que es un saber común el nivel de corrupción que se lleva a cabo en éstas. Al respecto no puedo decir más que la argumentación aquí elaborada da cuenta de esta dificultad y su resolución depende en gran medida de la participación de los comités hospitalarios de bioética de cada nosocomio.

Por otro lado, la aparición del tiempo de espera como criterio se puede justificar por cuestiones técnicas y administrativas, no por ello se obvian los problemas éticos. El caso de los trasplantes cadavéricos que no son de muerte cerebral presentan estas características, ya que no existe certeza del momento y lugar de la muerte, es imposible que exista un trasplante preventivo. Pensando que el tiempo máximo que puede pasar en isquemia fría el riñón es de 31 horas,¹⁷³ si los recursos de transporte no permiten trasladar el injerto al lugar donde se encuentra la siguiente persona en la lista, sería muy desafortunado que se perdiera la oportunidad de aprovechar el órgano. El criterio de tiempo de espera no resulta adecuado. Otra situación ocurre cuando un paciente ha permanecido mucho tiempo en lista de espera, al no satisfacer los demás criterios ha sido retrasado. Mientras espera, las funciones del riñón tienen que ser sustituidas por otras terapias, en el caso de la diálisis, entre más se realice menor probabilidad tiene para que el injerto sea funcional por más tiempo.¹⁷⁴ En este caso el mejor criterio funcionaría al contrario, el primero en llegar, es el primero que recibe la atención. Un factor adicional es el momento en que da inicio el tiempo de espera. A primera vista, es posible decir que el tiempo de espera comienza desde el primer día en que se considera candidato potencial para trasplante. Los criterios que he mencionado mostraron algunos problemas éticos y médicos para decir quién puede ser candidato. De inicio, quién sea aceptado en las listas de espera experimenta las consecuencias de los estudios éticos y médicos que se han hecho al respecto. En México el procedimiento no está “estandarizado” a nivel federal, por tal motivo el tiempo de espera varía dependiendo de la entidad. El CENATRA estima que el tiempo de espera de un riñón

¹⁷³ Knechtle, Stuart J and Morris, Peter J. “Results of Renal Transplantation” en Knechtle, Stuart J; Morris, Peter J. *op Cit.*, 664

¹⁷⁴ *Ibid.*, p. 662

está entre 24 y 30 meses,¹⁷⁵ no obstante, la información disponible no define otras situaciones, por ejemplo cuando el paciente no es elegible temporalmente para acceder a la terapia de trasplante, como sucede en las políticas de la Red Unida para la distribución de órganos en EUA (United Network for Organ Sharing, UNOS).¹⁷⁶ La propuesta de Johan De Meester es que se comience a contar desde que se inició algún tratamiento para sustituir las funciones del riñón.¹⁷⁷ Así se evitaría alguna diferencia para los pacientes que se inscribieron tarde al programa o que esperaron por la confirmación de la reaparición de algún tumor y no se consideró ese tiempo. Los problemas éticos al respecto surgen porque parece que estos aspectos técnicos tienen a beneficiar a ciertas personas ya que no se respeta el orden de lista. Sin embargo, la idea de que tales problemas pueden desaparecer no es extraña, ya que se presupone que llegará al conocimiento absoluto de la fisiología humana y tales dificultades cesarán. Mientras eso sucede la distribución de órganos no puede soslayar estos problemas.

Bajo estas consideraciones hay dos maneras de caracterizar el tiempo de espera. La primera se rige bajo la dinámica para ofrecer un producto o servicio, y se resume en la idea de que el que llega primero se le atiende primero. La segunda está definida por los problemas técnicos que surgen al no poder cumplirse cabalmente el orden en lista. Se puede decir que la primera muestra factores que la hacen ser más activa, mientras que la segunda es más pasiva. En efecto, si pensamos que la inductinación de la dinámica de filas en el negocio es un dogma, significa que el tiempo de espera en tanto criterio distributivo admite crítica y se postula como tal en la medida en que resuelve el problema de la igualdad y la autonomía. En otras palabras, en tanto se piense como prejuicio, la problemática de postularlo adquiere importancia.¹⁷⁸ Por otro lado, si pensamos que las dificultades éticas surgen a partir de problemáticas técnicas u otros criterios dados de

¹⁷⁵ http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_tiempo_registro.html (página consultada el 25 de Marzo de 2014)

¹⁷⁶ De Meester, Johan (*et. al.*). *In the queue for a cadaver donor kidney transplant: new rules and concepts in the Eurotransplant International Foundation*. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2000, Vol. 15, No. 3, p. 334. <http://ndt.oxfordjournals.org/content/15/3/333.full.pdf+html> (página consultada el 25 de Marzo de 2014)

¹⁷⁷ *Loc Cit.*,

¹⁷⁸ Tomando en cuenta que la justicia distributiva de los bienes en general, y la del riñón en especial están unidas inextricablemente, la dinámica de la espera pierde sustento en tanto posición ética que pretende igualar las oportunidades de los ciudadanos frente a un sistema azaroso como el que propone Childress, ya que la primera sólo toma en cuenta el orden de llegada de los candidatos a trasplante mientras que la segunda considera la desigualdad social en general.

antemano su papel se vuelve dependiente. Por ejemplo, si hemos decidido que la edad es un factor a considerar para la distribución de órganos y tenemos que decidir entre dos personas de la misma edad, consideraríamos a la persona que llegó primero. Ocurre lo mismo cuando tenemos que decidir entre dos personas que necesitan un riñón y cumplen con los criterios estipulados, se le otorga al que se encuentra más cerca, al que llegó primero o al que no se ha dializado.

En conclusión, pensar de manera profunda el criterio del tiempo de espera, implica estar conscientes de los prejuicios basados en la economía, abrir la posibilidad para el análisis del mismo en cuanto elemento activo y no como una regla irrefutable. La tarea que observo tendría que enfocarse en la valoración de las conclusiones del análisis de los casos en particular y su correspondencia con otros criterios. Es decir, que el criterio no tenga un peso excesivo que elimine la importancia de los demás, pero que tampoco sea dependiente.

1.7 LA URGENCIA. Salvar vidas sin criterios.

Para cerrar este capítulo he escogido un criterio que supone un contrapeso importante frente a los demás, la urgencia. Cabe notar que el artículo 336 que la Ley General de Salud se enfoca de manera enfática en su importancia: “Cuando no exista urgencia o razón médica para asignar preferentemente un órgano o tejido, ésta se sujetará estrictamente a las bases de datos hospitalarias, institucionales, estatales y nacionales [...]”. Para abordar este criterio es necesario distinguir entre los conceptos: urgencia, emergencia y no-urgente. La asociación de enfermeros de emergencia (The Emergency Nurses Association, ENA) identificó estos conceptos con niveles de prioridad en la atención médica.¹⁷⁹ Fue en 2002 cuando se amplió a cinco niveles en el Reino Unido, Australia y Canadá, dichos niveles comprenden la escala *Triage*, en México ésta se considera de manera estandarizada en urgencias. Ya he mencionado algunos problemas en el interior de esta escala, ahora nos interesa dirigir la atención únicamente a la distinción de niveles de prioridad enfocados a la terapia de trasplante. La pregunta que salta inmediatamente es: ¿Cuándo se considera un trasplante de riñón como urgente? En el sentido de la escala de la *Triage*, contestaríamos que es cuando el trasplante es el único medio para salvar la vida del paciente. Esta opción se conoce como trasplante de riñón altamente urgente (Highly Urgent (HU) kidney

¹⁷⁹ McMahon, Margaret M. *op Cit.*, p. 61

transplant).¹⁸⁰ Para que se considere este criterio como urgente es necesario que las otras terapias que sustituyen la función del riñón no sean viables, por ejemplo cuando se presenta un cuadro de peritonitis, trombosis, infecciones, etc. Llevar a la práctica este criterio implica cancelar los demás criterios, ya que el único objetivo es salvar la vida del paciente. Tomar en cuenta la compatibilidad, la edad y todos los demás criterios puede dar lugar para pensar que salvar la vida del paciente no sea la máxima prioridad. Aunque la idea es deseable, salvar la vida de una persona, el ensayo de criterios para la distribución de riñones supone que no es posible que todas las personas obtengan esta terapia y que las razones que tengan más peso determinarán la prioridad de cada uno de ellos. Por tal motivo la preferencia que otorga este tipo de criterios debe ser analizada, ya que poner en práctica este criterio significa distribuir órganos en la medida en que se vea amenazada la vida de un candidato a trasplante. Tal conclusión cancela cualquier indagación ética y médica que se haga al respecto, pues lo prioritario es salvar una vida en detrimento de los biomarcadores y de los dilemas éticos.

Las organizaciones mundiales de trasplante más importantes, no permiten peticiones urgentes que superen el 5% del total de candidatos.¹⁸¹ Aplicar una política como esta parece indicar que lo prioritario no es salvar vidas a como dé lugar. Lo menciono de este modo porque, esta decisión afecta tanto la moral de una sociedad, como la personal. En el primer caso se podría argumentar que se transgreden la confianza y la cooperación social, ya que se valora la propia vida sobre cualquier cosa. Por otro lado, si nos dirigimos con base en los intereses propios caemos en el error. Diversos estudios¹⁸² que siguen los datos de los pacientes que reciben un trasplante urgente, señalan que se tienen menos probabilidades de sobrevivir, principalmente porque el riñón pasa más tiempo en isquemia fría, se obvia el criterio de compatibilidad y en general cualquier razón. Incluso si se

¹⁸⁰ De Meester, Johan (*et. al.*). *Op. Cit.*, p. 335

¹⁸¹ Cockfield, Sandra, M. *Prioritization for kidney transplantation due to medical urgency*. Canadian Council for Donation and Transplantation. 2006, p. 7. http://www.organsandtissues.ca/s/wp-content/uploads/2011/11/Priorizatou_Transplant_Medical_Urgency.pdf (página consultada el 03 de Abril de 2014)

¹⁸² Kousoulas, Lampros (*et. al.*). *High-Urgency Renal Transplantation: Indications and Long-Term Outcomes*. Journal of Transplantation. 2012, Vol. 2013, Art ID 314239, 6 pp. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/314239> (página consultada el 03 de Abril de 2014)

Kleinert, R. (*et. al.*) *Prognosis After "High Urgent" Kidney Transplantation Might Be Determined by Control of Preexisting Septic Condition*. Transplantation Proceedings. 2013, Vol. 45, No. 1, pp. 95-98. <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0041-1345/PIIS0041134512012444.pdf> (página consultada el 03 de Abril de 2014)

decide prolongar la vida bajo estas advertencias es posible que se desarrollen problemas psicológicos, debido a que en estricto sentido la terapia de urgencia no garantiza los mismos resultados que si se siguieran procedimientos de rutina. No es una decisión que se base en una justicia distributiva que considere aspectos médicos y éticos, es filantropía sin previsión. Por las anteriores razones, considero que el mayor nivel en la escala de urgencia no puede servir de criterio único, ni preferencial para adaptarse a un sistema de distribución de órganos (contradiendo lo establecido en la Ley General de Salud, Artículo 336).

1.8. RECAPITULACIÓN. El sistema de puntaje

La noción que tenemos de nosotros mismos está relacionada con ideas de libertad, autonomía, respeto, dignidad, igualdad, y al mismo tiempo nos consideramos un ente biológico semejante a una máquina. Nos consideramos sujetos con capacidad de elección, pero vivir en un estado implica verse restringido de la misma. Las políticas públicas en materia de distribución de órganos, en especial del riñón, no especifican de manera clara qué principios deben guiar el proceso. No es claro cómo se deben respetar las libertades de los individuos cuando éstos buscan lo mismo. La tarea inevitable es llevar a cabo una jerarquía u ordenamiento de los sujetos, ya que los criterios de justicia necesariamente discriminan quién recibe esa terapia y quién no. En este capítulo revisé algunas formas en que se ordenan los sujetos, desde la más básica: vivos y muertos, hasta las más controvertidas, como el valor social. En todas ellas intenté hacer ver las dificultades éticas y médicas que considero más importantes en nuestro país.

Como he insistido aquí, la importancia de estos temas radica en que implica una decisión que, en última instancia se traduce en la vida o muerte de personas. De manera panorámica, al ofrecer el conjunto de problemáticas imbricadas en cada criterio pareciera que no se avanza en su resolución. Sin embargo, pensamos que es importante subrayar las dificultades porque su incidencia es clara, se tome en cuenta o no, la manera de resolverse o dejarse de lado afecta en la dinámica del Subsistema Nacional de Trasplantes. No hay criterios objetivos, abstractos ni inapelables, son decisiones que se toman desde una postura médica y filosófica. Esto quiere decir que en el SNT opera una manera de concebir todos esos problemas. Una solución que se ha adoptado de manera unánime en las redes de

distribución de órganos más importantes como *UNOS*¹⁸³ o *Eurotransplant*¹⁸⁴ es la distribución de órganos con base en un sistema de puntaje. Cada criterio tiene un valor numérico y el candidato que posea el mayor puntaje recibe primero el injerto. Para que esto se lleve a cabo es necesario computar los datos obtenidos con base en un algoritmo, incluidos los problemas éticos.¹⁸⁵

Quizás, el tiempo disponible para realizar la asignación sea determinante para establecer una solución como la de estas organizaciones. Una de las personas que ha impulsado este modelo en México es el Dr. Guillermo R. Cantú, en este escrito nosotros hicimos alusión a su tesis doctoral para tomar distancia de algunas posiciones vertidas en ella, en especial del principalismo. Sin embargo, coincidimos en que un sistema de puntaje ofrece soluciones importantes, como la transparencia e igualdad, pero esta solución adelanta en gran medida las conclusiones de los dilemas éticos y médicos. Es decir, no podemos proponer un sistema de puntaje sin antes revisar cada criterio y sus respectivas dificultades.

Para aclarar más esta idea ahondemos un poco en el discurso de Cantú. De acuerdo al autor, la metodología para determinar los principales criterios para la asignación de órganos de paciente fallecido es, el Método de Expertos Delphi y el índice Kappa (a diferencia de las redes de *UNOS* y *Eurotransplant*, que usan algoritmos computacionales).¹⁸⁶ El uso de estas herramientas indicará qué criterios son más importantes que otros y por tanto se pueda especificar el puntaje de cada uno. El primer método lo caracterizan Harold A.L. y Murray T., de la siguiente manera: “Delphi puede ser caracterizado como un método para estructurar un proceso de comunicación grupal, para que el proceso sea efectivo en permitir que un grupo de individuos, en tanto un todo, traten con un problema complejo.”¹⁸⁷ Mientras que el fin del Índice Kappa es definido por Cantú: “El estadístico Kappa mide el grado de acuerdo entre dos o más evaluadores (jueces) en

¹⁸³ http://optn.transplant.hrsa.gov/ContentDocuments/OPTN_Policies.pdf#nameddest=Policy_08

¹⁸⁴ http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=organ_match_char

¹⁸⁵ En la descripción del proceso de distribución de Eurotransplant se dice lo siguiente al respecto: “Eurotransplant genera la llamada lista de asignación de cada órgano. La asignación es generada por un complicado algoritmo computacional que toma en cuenta todos los criterios éticos y médicos” Información obtenida de su página citada en la nota anterior.

¹⁸⁶ Cantú-Quintanilla, Guillermo R. (*et. al.*). *Utilidad del método Delphi para la construcción de acuerdos en la asignación de riñones de donante fallecido en seis hospitales de México*. Cuadernos de Bioética, 2003, Vol. 21, No. 3, pp. 363-364 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87518698005> (página consultada el 10 de Abril de 2014)

¹⁸⁷ Harold A, Linstone and Murray, Turoff. “Introduction” en *The Delphi Method*. Addison-Wesley, Massachusetts, 1975, p.3

una escala que va de 0 a 1, donde 0 es el grado de acuerdo que se esperaría observar por azar y 1 representa un grado de acuerdo perfecto.” A grandes rasgos el Método de expertos Delphi funciona de la siguiente manera: Un grupo de monitoreo diseña un cuestionario para que un grupo de expertos lo responda, en este caso las preguntas estarían enfocadas en determinar el siguiente paciente a recibir un trasplante, esta sería una fase de exploración. Después el grupo de monitoreo resume las respuestas y desarrolla un nuevo cuestionario con base en los resultados obtenidos. El objetivo de la segunda fase, es comprender la visión del grupo ante el problema y señalar las posibles discrepancias. Una tercera y última fase pueden ser llevadas a cabo con el fin de evaluar y considerar dichas diferencias.¹⁸⁸ Por su parte, el índice Kappa puede definirse, tal como lo hace Cantú, como una herramienta estadística solamente.

De las dos herramientas, la que posee más dificultades técnicas y filosóficas es el Método de expertos Delphi, por ejemplo, determinar el grupo que va a responder el cuestionario, las preconcepciones del grupo del monitoreo, o simplemente la postulación de la idea de un método que sea efectivo en toda comunicación grupal. Sin ahondar demasiado en estas dificultades podemos ver que éstas ya suponen un problema resuelto, la especificidad de los conceptos y problemas médicos y filosóficos en la terapia de trasplantes de órganos. Pues lo único que buscan es ponerse de acuerdo en cual tiene el mayor peso dada una situación específica. De no ser el caso, la situación se complica más, ya que estas herramientas tendrán que servir para medir las posturas éticas y médicas de cada criterio, dejando de lado la oportunidad de valorarlos por separado, en contextos donde no se tenga la presión de entregar el cuestionario y con la retroalimentación de distintas personas.

¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 5-6

CONCLUSIONES GENERALES

En la introducción del presente texto se delimitó como objetivo general la exposición y ensayo de problemas filosóficos, legales y bioéticos que inciden en el proceso de asignación del riñón con el fin de repensar dicha asignación. Volver a pensar dicha asignación nos colocó frente a lo que se piensa, principalmente lo que se deja plasmado en la ley general de salud, en encuestas y estudios de diversas disciplinas, por supuesto, incluida la filosofía.

En el primer capítulo señalábamos que un gran problema que observó Potter en la manera en relacionarnos con nuestro entorno es que está encaminada a la destrucción en un sentido práctico. El planeta no tiene los recursos para continuar con esta relación de dominio desmedido; retomando esa idea podemos decir, por ejemplo, que tanto la deforestación y la discriminación nos separan del mundo y de nosotros mismos. Nos separan porque nuestras características primigenias se viven dentro de un ecosistema y en comunidad. Después de más de 40 años desde que Potter expuso las razones para generar un cambio radical en la manera en que actuamos, podemos observar, con base en el análisis que se llevó a cabo en esta tesis, que no existe actualmente un rumbo definido para que más generaciones sobrevivan, al parecer vivimos en una época en la que la economía moldea al mundo, no únicamente en una faceta accesoria sino desde su ser. Parece que la mayoría de las cosas tienen un propósito mercantil: el conocimiento (patentes) los animales (industria del vestido, alimenticia, de entretenimiento, etc.), las personas (valor social), el arte (reproductibilidad técnica), etc. Incluso se puede pensar que la relación con uno mismo es de este modo, se busca vivir el mayor tiempo con mayor placer y al menor costo. Al respecto, en el discurso filosófico se ha cuestionado nuestra moral, incluidos los axiomas que pretenden encaminar el rumbo de la humanidad. Esta situación exige que los problemas filosóficos y prácticos, como los legales y médicos, se piensen en conjunto; es decir, la teoría y la práctica, en tanto problemas tienen que atender en efecto, la práctica. Y la ética es la disciplina adecuada para abordar estos temas; suponerlo nos llevó a revisar métodos éticos y su aplicación en teorías de justicia. La casuística parecía ser una buena opción para pensar el problema de trasplantes pero no hay indicios de que esto pueda ocurrir, esto se debe a que necesitamos una idea clara del rumbo al que deseamos llegar como sociedad y

éste no puede ser dado dentro de una particularidad. Existe nuestra particularidad como sociedad, pero es a partir de la misma de donde se tiene que pensar el cambio.

Deseamos cambiar, pero ¿cambiar qué? la respuesta no puede ser dada *a priori*, la experiencia y los problemas cotidianos nos guían al respecto. Si este no fuera el caso, las indagaciones éticas habrían resuelto el problema del trasplante de órganos antes de que éste apareciera, y sólo sería necesario ubicar la respuesta. Esto no quiere decir que mis conclusiones sugieran un tipo de cambio en el que se beneficié el mayor número de personas al menor costo, ya que esto únicamente reproduciría un supuesto utilitarista. A lo largo de la tesis se presentaron prejuicios que a mi parecer son más comunes: nociones de calidad de vida, de cómo se tiene que vivir la vida, del valor de las personas, etc., su revisión cala en las preguntas primordiales de todo ser humano; es difícil no tener una meta y procurarse los medios para llevarlo a cabo, ahí están los bienes primarios de los que habla Rawls. Con todo ello presente, ahora se tiene que decir qué entiendo por cambio: una posibilidad para comparar sistemas morales, el presente y el que se pretende. Para expresarlo es preciso establecer axiomas; uno que me parece útil es la limitación de la libertad total que se le adjudica al ser humano. En efecto, no somos libres para hacer lo que nos plazca, los límites son necesarios para vivir en sociedad y en un ecosistema. Decir esto parece que contravenir con una de las nociones compartidas más aceptadas: uno puede hacer lo que desee si en su hacer no perjudica al otro; además, nadie puede decirnos cómo entender la vida, la consciencia, la moral, la religión, etc. Sin embargo vivir en un estado tan complejo sí lo implica. Esto no quiere decir que el estado tenga que utilizar la fuerza y elaborar políticas que definan los problemas filosóficos para siempre. En efecto, no se nos puede obligar a ser solidarios con nuestra sociedad o futuras generaciones, incluso con el planeta. Al contrario, el cambio necesita emanar de las personas que conforman el estado, en una línea, es necesaria una educación moral distinta.

Cada criterio que aquí analizamos da un tema para debatir, esto con el fin de dirigir un nuevo rumbo. Siguiendo con el ejemplo de la libertad podemos canalizar su radicalidad y decidir si nuestra vida puede tener un sentido teleológico o no. Es posible que como personas nos fijemos metas a realizar y demos sentido a nuestras acciones, pero también demos un sentido a la comunidad humana. En efecto, vivimos en una época que permite individuos ontológicamente anteriores al estado, al ecosistema y al otro. Sí hablamos de un

proyecto a largo plazo, en el cual tendríamos que aprovechar las herramientas a nuestra disposición, por ejemplo, las clases de formación cívica y ética de los niveles básicos educativos.

Es necesario decir esto en la conclusión de un problema particular como el de trasplantes de riñón porque es lo que subyace en cada nosocomio, en cada práctica de donación de riñón, los aspectos técnicos son importantes pero el fondo es aún mayor. Si se nos permite la analogía, la distribución de órganos para trasplante es la arista en la que convergen problemas técnicos, médicos, legales y filosóficos. En este sentido los profesionales de cada área no pueden obviar la argumentación que se elabora desde otro punto de vista. En especial, los profesionales de la filosofía pueden enfrentar dificultades como la que aquí presentamos. También es necesario ofrecer una conclusión desde su particularidad y para ello es conveniente revisar casos concretos. Situaciones reales en las que se exploren algunos dilemas que mencioné a lo largo del escrito. Sin embargo, no es necesario ofrecer un caso para mostrar cada dilema, además de que el espacio no alcanzaría. Incluso las problemáticas de un solo candidato para trasplante puede ser motivo para un largo debate. Frente a estas circunstancias decidimos reproducir tres casos médicos y analizarlos filosóficamente.

Sr. Mario I. Hombre 86 años, hipertenso, con insuficiencia renal crónica etapa 4/5 enfermedad, con posible nefrosclerosis hipertensiva, uremia de 8 meses, síntomas de fatiga, somnolencia y anorexia. Necesidad de apoyo para actividades cotidianas. Dificultad para controlar el edema y la euvolemia. 4 años sin terapia de remplazo de las funciones del riñón, en el último año, el paciente ha mostrado más síntomas y su nivel de creatina ha bajado a 8ml por minuto. El Sr. Y la Sra. I. no desean continuar con la diálisis, discuten con el nefrólogo las terapias disponibles.¹⁸⁹

Supongamos que el médico tiene oportunidad de consultar a un comité de ética. Una de las críticas que surgirían inmediatamente sería la misma pertinencia del comité. En efecto ¿Cuál sería el fin de discutir los dilemas éticos que inciden en un caso como este, si la decisión final compete únicamente al paciente? Incluso si se sugiere que el comité puede hablar con el paciente acerca de los problemas morales; por ejemplo, si desea continuar con la diálisis o buscar cuidados paliativos ¿Por qué se piensa que las sugerencias del comité de ética tendrían mayor peso que las de la esposa o la familia? Tal vez en estos

¹⁸⁹ Wasserman, James “Palliative Care in Renal Disease” en Lerma, Edgar y Rosner, Mitchell (ed.). *Clinical Decisions in Nephrology, Hypertension and Kidney Transplantation*. Springer, New York, 2013, p. 367 <http://link.springer.com.pbidi.unam.mx:8080/book/10.1007%2F978-1-4614-4454-1> (página consultada el 14 de Abril de 2014)

aspectos la discusión en ética de lugar a pensar que la aplicación de pierde posibilidades para su aplicación; no obstante, creemos que su discusión es importante, enlistamos las siguientes razones.

a) Los valores del médico en circunstancias de enfermedades terminales. Las decisiones sobre los tratamientos a seguir no dependen completamente de los deseos propios, el médico tiene que definir su postura para hacer o no hacer recomendaciones, es inevitable que el médico discrimine entre las siguientes posibilidades: “Determinar cuándo canalizar a un hospicio, responder a una petición para detener la diálisis, ayudar con reconciliaciones y despedidas, valoraciones y manejo de depresión ante el final de la vida, informar al paciente que está muriendo, tratar el dolor”.¹⁹⁰ Además de que la decisión del doctor es la que cuenta para que se atienda al paciente de una forma específica, o que reciba cierto tipo de medicina. Este problema abre otro más, los criterios para distribuir recursos.

b) La justicia distributiva de las terapias que sustituyen la función del riñón. Pensemos que el Sr. Mario se decide por continuar con alguna de estas terapias, en tanto no existan recursos de sobra, el sistema de seguridad social debe discriminar quién recibe antes la terapia, en este caso su edad puede ser un factor de discriminación. En caso de que el paciente cuente con los recursos para dializarse o hemodializarse el problema queda parcialmente resuelto.¹⁹¹ Pero también da lugar al problema de estimar de la calidad de vida con las distintas terapias.

c) La estimación de la calidad de vida. Aquí describimos y problematizamos la encuesta de salud de 36 elementos de RAND, en ella se describen pautas generales que asignan un puntaje a 8 rubros “esenciales”, actividad física, social, etc. tomando en cuenta que el Sr. Mario tiene su propia escala para medir la calidad de vida que espera, sólo haría falta que el médico describiera cada terapia con sus consecuencias. Sin embargo, el diagnóstico de la calidad de vida, necesita más que criterios médicos, ya que depende de la disciplina personal para seguir las indicaciones médicas, los hábitos de nutrición, la presencia de otras enfermedades y en general la formación del médico que señalábamos anteriormente.

¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 373

¹⁹¹ Es parcial porque la justicia distributiva en el sistema de salud es causa y consecuencia de la manera en que se reparten cualquier tipo de bienes en una sociedad.

d) La comprensión de la medicina paliativa. Un prejuicio que ocurre a menudo es concebir la medicina en tanto una técnica para curar enfermedades; la medicina paliativa no cura, sólo hace más confortable la enfermedad, se enfoca principalmente en eliminar el dolor y en posibilitar la realización de actividades cotidianas. Si no se entiende en estos dos sentidos esta práctica médica, la sugerencia de iniciar una terapia paliativa puede malinterpretarse como eutanasia asistida.

Caso 2.

Hombre de 51 años con insuficiencia renal crónica es canalizado para evaluarse como candidato a trasplante. El paciente tiene historial de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, hiperlipidemia y tubos implantados en arterias coronarias. Mujer de 24 años con historial de obesidad IMC 41kg/m) está interesada en donar al paciente anterior. Su madre tiene historial de piedras en los riñones.¹⁹²

Anteriormente mencionaba los beneficios que existen al realizar los trasplantes entre vivos, como la posibilidad de la programación de la cirugía y el tiempo de isquemia fría. Sin embargo, los síntomas del recipiente pueden precisar este caso como riesgoso. Se consideran con alto riesgo los candidatos con los siguientes padecimientos: “Historial de enfermedades en las arterias coronarias, síntomas cardíacos activos, pacientes mayores (más de 45 años en hombres) y personas con historial de diabetes mellitus, hipertensión, hiperlipidemia, que lleven un año en diálisis o con un trasplante ya realizado”.¹⁹³ En cuanto a los riesgos de la donadora se pueden contar, la hipertensión, riesgo de preclamsia si está embarazada.¹⁹⁴ Con esta información podemos identificar algunos problemas éticos.

a) Especificar las medidas para determinar que no se trata de una donación coaccionada o con ganancias económicas de por medio.

b) Suponiendo que el hombre haya adquirido la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión e hiperlipidemia por una mala nutrición, que regularmente es así, se puede preguntar si es ético que reciba un trasplante cuando él no cuidó su salud; algo similar ocurre al tratar a un alcohólico o fumador. A este respecto el dilema expone una situación más amplia, a saber, los diferentes sistemas de salud. En efecto un sistema de salud como el nuestro es considerado paternalista, esto quiere decir que el estado es responsable del cuidado de la salud; un sistema de salud como el de EUA otorga completa responsabilidad

¹⁹² Lorenz, Elizabeth C. and Norby, Suzanne M. “Donor and Recipient Evaluation” en Lerma, Edgar y Rosner, Mitchell (ed.). *Op. Cit.*, p. 385

¹⁹³ *Ibid.*, p. 388

¹⁹⁴ *Ibid.*, p. 390

a sus ciudadanos. En un sistema como este último, no habría problema para realizar el trasplante, ya que se entiende que los gastos son cubiertos por los pacientes. Sin embargo, cuando los recursos provienen del estado se genera una discusión, ya que los recursos materiales y humanos para la realización de una cirugía mayor son altos. Por lo tanto, a pesar de que ambos pacientes estén de acuerdo, la justicia distributiva de los recursos puede indicar que no se realice y que estos recursos sean canalizados a personas que cumplan con un perfil que se considere menos negligente.

c) Otro aspecto ético tiene ver con el reconocimiento de una contraindicación, el sobrepeso. El riesgo de ser donador y tener un índice de masa corporal mayor a 35, aumenta el riesgo de complicaciones en la cirugía, así como el riesgo de desarrollar diabetes e hipertensión. ¿Qué tanto el médico o el comité de ética pueden incidir para aprobar una contraindicación en aras de la decisión de los pacientes o incluso de las estadísticas del nosocomio?

Caso 3.

“Paciente femenino de 9 años 11 meses de edad, originaria de Tultitlán, Estado de México. [...]Procede de una familia nuclear, bien integrada, cuentan con Seguro Social. Se le diagnosticó uremia terminal secundaria a hipoplasia renal bilateral en junio del 2003. Uretrocistograma normal. Tuvo un trasplante renal de donador vivo -Tío paterno- en julio del 2003 que fue nefrectomizado a los dos días por trombosis renal. Segundo trasplante renal de donador cadavérico en julio del 2004, nefrectomizado a la semana por trombosis

[...]Paciente masculino 9 años 11 meses de edad, cursa 4° primaria, originario de Cuautitlán, Estado de México, Padre ausente, Madre sana con escolaridad secundaria, lavadora y planchadora. No tiene hermanos. Viven en un cuarto alquilado sin buenos hábitos de higiene. Diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal en agosto/2003, de etiología desconocida. [...] Ha tenido 3 cuadros de peritonitis en diciembre/ 2003, mayo/2004 y enero/2005. Múltiples transfusiones sanguíneas, [...] Tuvo pruebas cruzadas positivas con tres riñones de donante fallecido por los cuales compitió previamente”.¹⁹⁵

Es necesario discriminar entre los siguientes pacientes el que recibe primero el injerto proveniente de donante cadavérico. Uno de los elementos que son más evidentes en este caso es la manera en que los autores presentan “el historial médico”, a diferencia de los casos anteriores, hay un elemento que no se encontraba, a saber, la cuestión familiar: uno se dice que precede de una familia bien integrada, mientras que el segundo tiene un padre ausente. Habría entonces que explicar si una u otra situación afecta directamente la decisión final. Parece que existe un perfil que indica que quién proceda de una familia nuclear puede ser más disciplinado con el tratamiento postrasplante; sin embargo es una situación que no ocurre necesariamente. En todo caso parece que esta manera de presentar

¹⁹⁵ Cantú-Quintanilla, Guillermo R (*et. al.*) *Op. Cit.*, pp. 371-373

los casos indica cierto tipo de valoración social de manera no-explicita. Tomando en cuenta el caso como tal, dejando de lado su exposición notamos los siguientes problemas éticos.

a) Si tomamos en cuenta que el hecho de tener transfusiones beneficia la aceptación del injerto por parte del organismo.¹⁹⁶ Y que además en México no tenemos la tecnología para hacer estudios de compatibilidad, el paciente masculino tiene la ventaja. Si nuestro “interés” (utilizando la terminología de Stevenson) no se encuentra abierto a la sensibilidad por la mejoría del paciente, sino por sus consecuencias, entonces tal vez se pueda realizar un tercer intento de trasplante al paciente femenino, ya que los hábitos de higiene y la falta de recursos del paciente masculino pueden ser síntoma de otros aspectos importantes, como la nutrición, educación y por ende, el beneficio que pueda aportar a la sociedad en un futuro ¿Cuál sería el principio que nos podría ayudar para tomar la decisión? Retomando a Stevenson, cuando respondemos que la equidad o la justicia no hacemos descripciones, damos órdenes. Es un sentir que no puede ser explicado proposicionalmente, a lo más puede ser un enunciado imperativo. La tarea es identificar las dos partes de la argumentación. Una de las posibles discusiones puede estar enfocada en el tema de la jerarquía social, por supuesto habrá que hacer estudios médicos. Pero en este caso no es suficiente una descripción fiel de la fisiología de los menores, sino un debate de creencias multidisciplinario.

b) Otro de los problemas éticos tiene que ver con el tiempo de espera, ya que el paciente femenino ha tenido ya dos rechazos de riñón, mientras que el segundo ha tenido pruebas cruzadas con tres donantes fallecidos. De este modo se podría decir que el siguiente en la lista es él, el dilema radica en preguntar ¿Qué tiene más peso, el tiempo que ha esperado o las posibilidades de éxito? La situación se complica al añadirle el factor de la peritonitis, ya que puede ser catalogado como un caso de urgencia, ya que sólo queda la hemodiálisis como último recurso antes de solicitar el trasplante de urgencia. Cuestión que no está tan alejada, ya que por la información proporcionada, es posible que exista una razón para no realizar la hemodiálisis, puesto que ya ha tenido tres cuadros de peritonitis y no se ha modificado el tratamiento.

¹⁹⁶ Ver nota 160

BIBLIOGRAFÍA

Libros.

- Ayer, Alfred (comp.). *El positivismo lógico*. FCE, México, 1965, 412 pp.
- Bárcena Villegas, José A. y Colchero Garrido, Carlos F. *Introducción a la nefrología*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Dirección General de Fomento Editorial, México, 1999, 234 p.
- Beauchamp, Tom L and Childress, James F. *Principles of biomedical ethics*. 4th ed. Oxford University Press, New York, 1994, 546 pp.
- Bunge, Mario. *Filosofía para médicos*. Gedisa, Buenos Aires, 2012, 207 pp.
- . *Crisis y reconstrucción de la filosofía*. Traducción de Rafael González del Solar. Gedisa, Barcelona, 2002, 265 pp.
- . *Evaluating Philosophies*. Springer, Boston Studies the philosophy of science, 2012, Vol. 295, 200 pp.
- . *Cápsulas*. Gedisa, Barcelona, 2003, 255 pp.
- Callahan, Daniel. *Poner límites: los fines de la medicina en una sociedad que envejece*. Traducción de Assumpta Mauri y José Luis Puerta. Triacastela, Madrid, 2004, 335 pp.
- Dancy, Jonathan. *Introducción a la epistemología contemporánea*. Traducción de José Luis Prades Celma. Tecnos, Madrid, 2007, Cap. I, pp. 21- 38
- Descartes, René. *Las pasiones del alma*. Biblioteca Universal, Buenos Aires, 2003, versión electrónica en <http://losdependientes.com.ar/uploads/ad3tqjgfd.pdf>
- Dieterlen, Paulette. *Ensayos sobre justicia distributiva*. Fontamara, México, 1996, 121 pp.
- Edelstein, Ludwig. *The Hippocratic Oath*. Ares, Chicago, 1979, 90 pp.
- Ferrater Mora José. *Diccionario filosófico*. Sudamericana, Buenos Aires, Argentina, 1965, 2072 p.
- Fox, Renée C. and Swazey, Judith P. *Observing Bioethics*. Oxford University Press, Oxford, 2012, 388 pp. version electronica en <http://www.oxfordscholarship.com.pbidi.unam.mx:8080/view/10.1093/acprof:oso/9780195365559.001.0001/acprof-9780195365559>

- Harold A, Linstone and Murray, Turoff. "Introduction" y "Philosophical and Methodological Foundations of Delphi" en *The Delphi Method*. Addison-Wesley, Massachusetts, 1975, pp. 3-34
- Hobbes, Thomas. *Leviatán I y 2*. Traducción de Antonio Escotado. Losada, Buenos Aires, 2003, 272 y 309 pp.
- Jonsen, Albert R and Toulmin, Stephen. *The abuse of casuistry. A history of moral reasoning*. University of California Press, Berkeley and L.A. California, 1988, 420 p.
- Lucrecio Caro, Tito. *La naturaleza*. Gredos, Madrid, 2003, 474 pp.
- Liotard, Jean François. *La condición posmoderna* Traducción de Mario Antolín Rato. Cátedra, Argentina, 1991, 68 pp.
- Marino López, Antonio. *Sapiencia poética y aporías filosóficas*. UNAM, FES Acatlán, México. 2009, 325 pp.
- . *Senderos dialógicos entre antiguos y modernos*. UNAM. FES Acatlán. México D.F. 2004, 217 p.
- Pellegrino, Edmund D and David C. Thomasma. *The virtues in medical practice*. Oxford University Press, New York , 1993, 205 p.
- Pérez Tamayo, Ruy, Lisker, Rubén y Tapia, Ricardo (coords.). *La construcción de la Bioética*. Vol. I y II, FCE, México, 2007, 223 y 218 p.
- Perry, Ralf B. *General Theory of Value: it's meaning and basic principles construed in terms of interest*. Cambridge: Harvard University Press, 1939, 702 p.
- Potter, Van Rensselaer. *Bioethics: Bridge to the future*. Prentice-Hall biological science series. New Jersey, 1971, 205 p.
- Putnam, Hilary. *Reason, Truth and History*. Cambridge University Press, UK, 1981, 222 pp.
- Rawls, John. *Liberalismo Político* Traducción de Sergio René Madero Báez. FCE, UNAM, México, 1995, 359 pp.
- . *Teoría de la justicia*. Traducción de María Dolores González. FCE, México, 1995, 549 pp.
- Rivera López, Eduardo. *Ética y trasplantes de órganos*. IIF, FCE, México, 2001. 228 p.
- Reich, Warren. *Encyclopedia of Bioethics*. Schuster, New York 1978, 5 vol.
- Ross, David. *Fundamentos de ética*. Traducción de Dionisia Rivero y Andrés Pirk Eudeba, Buenos Aires, 1972, 283 p.

- Santiago-Delpin, Eduardo A. *Trasplante, humanismo, ética y sociedad*. El Manual Moderno, México, 2001, 260 pp.
- Searle, John R. *The Mystery of Consciousness*. The New York Review of Books. New York, 1997, 224 pp.
- Sidgwick, Henry. *The methods of ethics*. Macmillan 6th ed. London, 1901, 526 p.
- Singer, Peter. *Salvar una vida: cómo terminar con la pobreza*. Traducción de Ricardo García Pérez. Katz Editores: Clave Intelectual, Madrid, 2012, pp. 41-93
- Stevenson, Charles L. *Ética y Lenguaje*. Traducción de Eduardo A. Rabossi. Paidós, Buenos Aires, 1971, 308 p.
- Veatch, Robert. *Transplantation Ethics*. Georgetown University Press. Washington, D.C. 2000, 413 pp.
- Watson, John, *Philosophy of Kant Explained*. Garland, New York, 1976, pp. 31-46

Tesis.

- Cantú Quintanilla, Guillermo Rafael. *Justicia distributiva y trasplante renal*. Tesis que para obtener el grado de Doctor en Ciencias. UNAM, México, 2009, 86 pp. <http://132.248.9.195/ptd2009/octubre/0650582/Index.html>
- González Leal, Jesús A. *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica*. Tesis que para obtener el título de Licenciado en Enfermería. UNAM, México, 2013, 123 pp. <http://132.248.9.195/ptd2013/febrero/302562404/Index.html>
- Terrazas Pérez, Wendy Elizabeth. *Evaluación de los saberes en Bioética en los médicos residentes del Hospital General, Centro Médico Nacional "La Raza"*. Tesis que para obtener el título de Especialista en Audiología, Foniatría y Otoneurología. UNAM, México, 2012, 62 p. <http://132.248.9.195/ptd2012/julio/510217651/Index.html>
- Vieyra Ramírez, Alejandra Judith. *Los inicios de la bioética en México*. Tesis que para obtener el título de Biólogo, UNAM, México, 2008, 72 p. <http://132.248.9.195/ptd2008/noviembre/0635604/Index.html>

Artículos.

- Albrecht, Gary L and Devlieger, Patrick J. *The disability paradox: high quality of life against all odds*. Social Science & medicine, 1999, Vol. 48, No. 8, pp. 977-988

http://www.researchgate.net/publication/12909258_The_disability_paradox_high_quality_of_life_against_all_odds

Biller-Andorno, Nikola and Schauenburg, Henning. *It's only love? Some pitfalls in emotionally related organ donation*. Journal of Medical Ethics, 2001, Vol. 27, No. 3, pp. 162-164. <http://jme.bmj.com/content/27/3/162.full.html#ref-list-1>

Brady, F. Neil. *Lining Up for Star-Wars Tickets: Some Ruminations On Ethics and Economics Based on An Internet Study of Behavior in Queues*. Journal of Business Ethics. 2002, Vol. 38, No. 1-2 pp. 157-165
<http://www.jstor.org.pbidi.unam.mx:8080/stable/pdfplus/25074786.pdf?acceptTC=true&jpdConfirm=true>

Brock, Dan. "Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica" en Nussbaum, Martha y Sen, Amartya (comps.). *La calidad de vida*. Traducción de Roberto Reyes Mazzoni. The United Nations Univerity, FCE, México, 1996, 135-180

Brock, Raymond. *Philosophical Aspects of Medical Criteria*. Cambridge University Press on behalf of Royal Institute of Philosophy, 1964, Philosophy, Vol. 39 No. 147, pp. 63-67

<http://www.jstor.org.pbidi.unam.mx:8080/stable/pdfplus/3749134.pdf?acceptTC=true&acceptTC=true&jpdConfirm=true>

Callahan, Daniel. "Bioethics as a Discipline" en Jecker, Nancy Ann S, *et. al* (ed.). *Bioethics: an introduction to the history, methods, and practice*. Jones and Bartlett Publishers 3th ed. Sudbury, Massachusetts, 2007 pp. 17-23.

Cantú-Quintanilla, Guillermo R (*et. al.*). *Utilidad del método Delphi para la construcción de acuerdos en la asignación de riñones de donante fallecido en seis hospitales de México*. Cuadernos de Bioética, 2003, Vol. 21, No. 3, pp. 359-374
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87518698005>

Childress, James F. "Who Shall Live When Not All Can Live?" en Jecker, Nancy Ann S, *et. al.* (ed.) *Bioethics: an introduction to the history, methods, and practice*. Jones and Bartlett Publishers 3th ed. Sudbury, Massachusetts, 2007 pp. 35-44

Cockfield, Sandra, M. *Prioritization for kidney transplantation due to medical urgency*. *Canadian Council for Donation and Transplantation*. 2006, 15 pp.

http://www.organsandtissues.ca/s/wp-content/uploads/2011/11/Priorizaton_Transplant_Medical_Urgency.pdf

Cohen, Gerald. “¿Igualdad de qué? Sobre el bienestar, los bienes y las capacidades” en Nussbaum, Martha y Sen, Amartya (comps.). *La calidad de vida* Traducción de Roberto Reyes Mazzoni. The United Nations University, FCE, México, 1996, pp. 27-53

De Meester, Johan (*et. al.*). *In the queue for a cadaver donor kidney transplant: new rules and concepts in the Eurotransplant International Foundation*. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2000, Vol. 15, No. 3, pp. 333-338
<http://ndt.oxfordjournals.org/content/15/3/333.full.pdf+html>

Dieterlen, Paulette. “Bioética y justicia distributiva” en Juliana González, Juliana y Linares, Jorge (coords.). *Diálogos de bioética: nuevos saberes y valores de la vida*. UNAM, FFyL, FCE, México, 2013, pp. 354-367

Hunt, Roger W. *A Critique of Using Age to Ration Health Care*. 1993, *Journal of Medical Ethics*, Vol. 19, No. 1, pp. 19-23
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1376163/pdf/jmedeth00286-0021.pdf>

Kleinert, R (*et. al.*). *Prognosis After “High Urgent” Kidney Transplantation Might Be Determined by Control of Preexisting Septic Condition*. *Transplantation Proceedings*. 2013, Vol. 45, No. 1, pp. 95-98.
<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0041-1345/PIIS0041134512012444.pdf>

Knechtle, Stuart J and Morris, Peter J. “Results of Renal Transplantation” en Knechtle, Stuart J and Morris, Peter J. *Kidney Transplantation, Principles and Practice*. Saunders Elsevier. Philadelphia, 2008, pp. 657-675

Kousoulas, Lampros (*et. al.*). *High-Urgency Renal Transplantation: Indications and Long-Term Outcomes*. *Journal of Transplantation*. 2012, Vol. 2013, Art ID 314239, 6 pp.
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/314239>

Lorenz, Elizabeth C. and Norby, Suzanne M. “Donor and Recipient Evaluation” en Lerma, Edgar y Rosner, Mitchell (ed.). *Clinical Decisions in Nephrology, Hypertension and Kidney Transplantation*. Springer, New York, 2013, pp. 385-394
<http://link.springer.com.pbidi.unam.mx:8080/book/10.1007%2F978-1-4614-4454-1>

- Luksza, A. R. *Brain-Dead Kidney Donor: Selection, Care, and Administration*. The British Medical Journal, 1979, Vol. 1, No. 6174, pp. 1316-1319
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1599581/pdf/brmedj00073-0022.pdf>
- Lumbsdaine, Jennifer A (et. al.) *Higher quality of life in living donor kidney transplantation: prospective cohort study*. Transplant International. 2005, Vol. 18, No. 8, pp. 975-980
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1432-2277.2005.00175.x/pdf>
- Machado, Calixto. *A definition of human death should not be related to organ transplants*. Journal of Medical Ethics, 2003, Vol. 29, No. 3, pp. 201-202
<http://jme.bmj.com/content/29/3/201.full>
- Marino López, Antonio. *¿Qué es el logos? Meditación en torno a Heráclito, Sócrates y Heidegger* Reflexiones Marginales, 2011, No. 8.
<http://v2.reflexionesmarginales.com/index.php/num8-articulos-blog/105-que-es-el-logos-meditacion-en-torno-a-heraclito-socrates-y-heidegger>
- Martínez Bullé Goyri, Victor. “Sobre los derechos humanos y la justicia” en González, Juliana y Linares Jorge (coords.). *Diálogos de bioética: nuevos saberes y valores de la vida*. FCE, UNAM, FFyL, México, 2013, pp.368-374
- Marx, Jean L and Maugh, Thomas H. *Improving the Success of Kidney Transplants*. Science, New Series, 1980, Vol. 209, No. 4457, p. 673- 674
<http://www.jstor.org.pbidi.unam.mx:8080/stable/pdfplus/1684351.pdf?acceptTC=true&acceptTC=true&jpdConfirm=true>
- McMahon, Margaret M. *Emergency: ED Triage*. The American Journal of Nursing, 2003, Lippincott Williams & Wilkins, Vol. 103, No. 3, pp.61-63
<http://www.jstor.org.pbidi.unam.mx:8080/stable/pdfplus/10.2307/29744991.pdf?acceptTC=true>
- Nanovic, Lisa (et. al.). “Nontransplant Modalities of Kidney Replacement Therapy”, en Knechtle, Stuart J and Morris, Peter J. *Kidney Transplantation, Principles and Practice*. Saunders Elsevier. Philadelphia, 2008, 33-48 pp.
- Netza Cardoso, Cruz (et. al.). *La donación cadavérica y su repercusión en las familias donantes mexicanas*. Revista de Bioética y Derecho, 2010, No. 20, pp. 11-17
http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD20_ArtNetza&Casas&Ramirez.pdf

- Nicholson, Michael and Bradley, Andrew. *Renal Transplantation from Living Donors: Should Be Seriously Considered to Help Overcome the Shortfall in Organs*. BMJ: British Medical Journal, 1999, Vol. 318, No. 7181, pp. 409-410
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114884/>
- Pelletier, Francis J (*et. al.*). *Is Logic All in Our Heads? From Naturalism to Psychologism*. Studia Logica: An International Journal for Symbolic Logic. 2008, Vol. 88, No. 1, 66 pp.
<http://www.jstor.org.pbidi.unam.mx:8080/stable/pdfplus/40210820.pdf?acceptTC=true&jpdConfirm=true>
- Pérez Tamayo, Ruy. *La ley, la ética médica y los trasplantes*. 2005, Revista de investigación clínica, Vol. 57 No. 2 pp. 170-176
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000200010
- Pitt, S. C (*et. al.*). *Organ allocation in pediatric renal transplants: is there an optimal donor?* Clinical Transplantation, 2013, Vol. 27, No. 6, pp. 938-944
<http://onlinelibrary.wiley.com.pbidi.unam.mx:8080/doi/10.1111/ctr.12272/pdf>
- Rescher, Nicholas. *The Allocation of Exotic Medical Lifesaving Therapy*. The University of Chicago Press, 1969, Ethics, Vol. 79, No. 3, pp. 173-186.
<http://www.jstor.org.pbidi.unam.mx:8080/stable/pdfplus/10.2307/2379841.pdf?acceptTC=true>.
- Rippe, Bengt. “Peritoneal Dialysis: Principles, Techniques, and Adequacy”, en Floege, Jürgen, *et. al.* (ed.). *Comprehensive clinical nephrology*. 4th ed. Saunders/Elsevier, Philadelphia, Pennsylvania, 2010 pp. 1081-1091
<http://www.sciencedirect.com.pbidi.unam.mx:8080/science/article/pii/B9780323058766000964>
- Rodríguez Vidal, Magali (*et. al.*). *Calidad de vida en pacientes hemodializados*. Universidad de Concepción. Departamento de Enfermería. 2005, Ciencia y enfermería, Vol. 11, No. 2 pp. 47-57
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200007
- Shirley, David G and Unwin, Robert J. “Renal Physiology” en Floege, Jürgen, *et. al.* (ed.) *Comprehensive clinical nephrology*. 4th ed. Saunders/Elsevier, Philadelphia,

- Pennsylvania, 2010 pp. 15-28
<http://www.sciencedirect.com.pbidi.unam.mx:8080/science/article/pii/B9780323058766000964>
- Sen, Amartya. *Equality of What? The Tanner Lecture on Human Values*. Stanford University, 1979, pp. 195- 220 http://tannerlectures.utah.edu/_documents/a-to-z/s/sen80.pdf
- Sherwin, Susan. “Gender, Race, and Class in the Delivery of Health Care” en Jecker, Nancy Ann S, *et. al.* (ed.) *Bioethics: an introduction to the history, methods, and practice*. Jones and Bartlett Publishers 3th ed. Sudbury, Massachusetts, 2007 pp. 283-292
- Snare, Frank. *John Rawls and the Methods of Ethics*. International Phenomenological Society, 1975; Vol. 36, No. 1, p. 100 <http://www.jstor.org/stable/2107116>
- Taylor, Charles. “La explicación y la razón práctica” en Nussbaum, Martha y Sen, Amartya (comps.). *La calidad de vida* Traducción de Roberto Reyes Mazzoni. The United Nations University, FCE, México, 1996, pp. 274-304
- Ticona-Garrón, A.B (*et. al.*) *Supervivencia del paciente e injerto renal al año de trasplante de donante fallecido; comparación con resultados de donante vivo*. Revista Mexicana de urología, 2010, Vol. 70, No. 06, pp. 347-353
<http://www.revistamexicanadeurologia.com/Revistas/2010/Espanol/Noviembre-Diciembre/2-SUPERVIVENCIA.pdf>
- The Supreme Court, State of New Jersey. “In the Matter of Karen Quinlan” en Jecker, Nancy Ann S, *et. al.* (ed.) *Bioethics: an introduction to the history, methods, and practice*. Jones and Bartlett Publishers 3th edition, Sudbury, Massachusetts, 2007, pp. 70-80
- Wasserman, James “Palliative Care in Renal Disease” en Lerma, Edgar y Rosner, Mitchell (ed.). *Clinical Decisions in Nephrology, Hypertension and Kidney Transplantation*. Springer, New York, 2013, pp. 367-382
<http://link.springer.com.pbidi.unam.mx:8080/book/10.1007%2F978-1-4614-4454-1>
- Womer, Karl and Rabb Hamid. “Immunologic Principles in Kidney Transplantation” en Floege, Jürgen, *et. al.* (ed.) *Comprehensive clinical nephrology*. 4th ed. Saunders/Elsevier, Philadelphia, Pennsylvania, 2010. pp. 1119-1133

<http://www.sciencedirect.com.pbidi.unam.mx:8080/science/article/pii/B9780323058766000964>

Páginas de internet.

<http://optn.transplant.hrsa.gov/>

<https://www.aakp.org>

<http://www.alcor.org/>

<http://www.cenatra.salud.gob.mx>

<http://www.conapo.gob.mx>

<http://www.conapred.org.mx>

<http://www.coneval.gob.mx>

<http://www.diputados.gob.mx>

<http://www.dof.gob.mx>

<https://www.eurotransplant.org/cms/>

<http://www.inegi.org.mx>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

<http://www.nlm.nih.gov>

<http://www.organsandtissues.ca>

<http://www.rand.org>

<http://www.stalyc.net/en>

http://www.suicidenote.info/ebook/suicide_note.pdf

<http://www.unos.org/>

<http://www.who.int>

<http://www.wma.net>

<http://www.youtube.com/watch?v=Xsllzveh66Y>